

**Hadob:**

**Historia Clínica**

**Folio:**

Nombre y Apellido:				Fecha Nac...../...../.....
Edad:	Sexo: F – M	Doc:	OS:	Nº
Nacionalidad:		Profesión:		Est. Civil:
Domicilio:				Te:
Emergencia llamar a:				Te:

**AUTOVÁLIDO Total:                      Parcial:                      Dependiente:**  
**Motiva de Consulta:**

**Antecedentes de la Enfermedad Actual:** Fecha, hora y forma de comienzo Descripción de los síntomas. Medicación por médico o automedicación. Episodios anteriores. Síntomas actuales.

**Antecedentes Personales (SI/NO) Fecha de inicio, medicación y resolución:**

- |                  |                   |                   |
|------------------|-------------------|-------------------|
| 1) Dislipemia:   | 8) Neoplasias:    | 15) Próstata:     |
| 2) Hipotiroid:   | 9) Arritmias:     | 16) Nod. mamas:   |
| 3) Hipertiroid.: | 10) HTA:          | 17) EPOC:         |
| 4) Artritis:     | 11) Artrosis:     | 18) Cardiopatías: |
| 5) Diabetes:     | 12) Alcoholismo:  | 19) Neurológicas: |
| 6) Alergia:      | 13) Siquiátricas: | 20) Asma:         |
| 7) Otros:        | 14) Infecciosas   |                   |

**Enumere y detalle:**

<b>Hábitos Tóxicos (SI/NO)</b>			
Alcohol:	Cigarrillos:	Drogas:	
<b>Examen Físico</b>			
<b>Signos Vitales</b>	FREC. Cardíacas:	Pulso Radial:	
Ritmo:	Presión Arterial:	FREC. Respiratoria:	
Peso Actual:	Peso Habitual:	Estatura:	Temperatura:
<b>Cráneo</b>			
<b>Ojo: Agudeza Visual</b>		<b>Oído: Agudeza Auditiva</b>	
<b>Piel, Faneras, Celular Subcutáneo y ganglios:</b>			
<b>Cuello: Palpación</b>		<b>Tamaño</b>	<b>Auscultación</b>
<b>TORAX: Forma</b>		<b>Mamas</b>	
<b>Auscultación M V:</b>	<b>V V:</b>	<b>Rales:</b>	
<b>Excursión de bases y vértices</b>			
<b>APARATO CARDIOVASCULAR: R1</b>		<b>R2</b>	<b>Soplos</b>
<b>Pulsos: Carotídeo:</b>	<b>Radial:</b>	<b>Femoral:</b>	<b>Pedio:</b>
<b>ABDOMEN: Inspección:</b>			
<b>Palpación:</b>			
<b>Auscultación:</b>			
<b>APARATO GENITO-URINARIO: PPRenal: Derecha</b>		<b>Izquierda:</b>	
<b>Mamas:</b>			
<b>SISTEMA NERVIOSO: Sensorio:</b>		<b>Lenguaje:</b>	
<b>Marcha:</b>	<b>Temblor:</b>	<b>Taxia:</b>	
<b>Reflejos: Fotomotor</b>	<b>Acomodación</b>		
<b>Osteotendinosos:</b>	<b>Sensibilidad:</b>		
<b>OSTEOMUSCULAR : Columna cervical:</b>			
<b>Dorsal:</b>		<b>Lumbar:</b>	
<b>Articulaciones:</b>	<b>Movilidad:</b>		
<b>Dolor:</b>			
<b>Tumefacción:</b>			



Fecha: / /