

HISTORIA CLÍNICA



Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Residencia: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Religión: _____

Antecedentes Heredo Familiares: _____

Antecedentes No Patológicos: _____

Toxicomanías: _____

Antecedentes Gineco-obstétricos: _____

MENARCA: _____ G: _____ A: _____ A: _____ C: _____ FUR: _____ FUP: _____ FUC: _____ FUC: _____

FU PAPANICUOLAU: _____ Resultado: _____

Mamografía o Ultrasonido Mamario: _____

Antecedentes Patológicos: _____

Toxicomanías: _____

Alergias: _____ Transfusiones: _____

Aplicación de Toxina Botulínica: _____ Inmunizaciones: _____

Prótesis: _____

PADECIMIENTO ACTUAL



Signos Vitales:

TA: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Exploración Física: _____

Impresión Diagnóstica: _____

Plan: _____

Pronóstico: _____

Fecha: _____ Elabora H.C. _____