



FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Lugar: Fecha: / /

Afiliado N°:

Apellido y nombres:

D.N.I.:

Domicilio:

Celular: Email:

DIAGNÓSTICO:

CLASIFICACIÓN:

Profesión:

Última ocupación:

Fecha del cece: / /

Características detalladas del ambiente y de las tareas que realiza o últimas que realizó:

Años de trabajo:

A) ANTECEDENTES HEREDITARIOS



B) ANTECEDENTES PERSONALES

1°) Enfermedades anteriores:

2°) Operaciones y Traumatismos:

3°) Antecedentes generales:

4°) Peso actual: Kg. Peso habitual: Kg.

5°) Si es mujer:

a) Menarca años. Tipo:

Características:

b) Número de hijos: Vivos: Abortos:

c) Menopausia: años.

Trastornos:

6°) Otros antecedentes:

TORAX

Descripción:

Glándulas mamarias:

APARATO RESPIRATORIO

Síntomas:

Inspección:

Palpación:

Percusión:

Auscultación:



APARATO CIRCULATORIO

Síntomas:

CORAZÓN

Inspección:

Palpación:

Auscultación:

SISTEMA VASCULAR PERIFERICO

Arterias:

Pulso : (frecuencia)

Caracteres:

Presión arterial: D:

Mx.

Mn.

x

Mn.

Venas

Hay várices: SI NO

Descripción de las mismas:

APARATO DIGESTIVO

Síntomas:

ESOFAGO

Disfagia: SI NO

Tipo:

ABDOMEN

Inspección:

Palpación:

Percusión:

HÍGADO:



BAZO:

HERNIAS: SI NO

Descripción:

APARATO URINARIO GENITAL

Síntomas:

Examen físico:

SISTEMA NERVIOSO

Síntomas:

MOVILIDAD

Activa:

Pasiva:

Fuerza:

Tono muscular:

Marcha:

SENSIBILIDAD

Superficial:

Profunda:



REFLEJOS

Osteo cutáneo:

Mucosas:

PARES CRANEANOS

LENGUAJE

PSIQUISMO

SISTEMA OSTEÓ – ARTICULAR

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Pedidos:

DIAGNÓSTICO:



Caja de Seguridad Social para los
Profesionales del Arte de Curar
de la provincia de Santa Fe
Ley 12.818

DICTAMEN:

MÉDICO INFORMANTE:

Apellido y nombres:

Especialidad: (si posee)

Matrícula N°:

N° Afiliado a la Caja (Arte de Curar):

Domicilio: Localidad:

Teléfono N°: Email:

Firma y sello profesional: