



**CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE
DE CURAR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
LEY 12818**

SEDE
25 DE MAYO 1867- (3000) SANTA FE
Tel./ Fax (0342) 4593385- (Líneas rotativas)

DELEGACION
Jujuy 2150/54 – (2000) ROSARIO
Tel./Fax (0341) 4251158 (Líneas rotativas)

HISTORIA CLINICA

Lugar y fecha: _____

Afiliado n°: _____

Apellido: _____ Nombres _____

DNI: _____

Domicilio _____

Tel. Celular: (+549 _____) -15 _____ e-mail: _____@_____

DIAGNÓSTICO: _____ _____ CLASIFICACIÓN: _____ _____
--

Profesión: _____

Última Ocupación: _____

Fecha del cese: ____/____/____

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 : _____ Kgs. Peso habitual _____ Kgs.

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 _____

HIGADO _____

BAZO _____

HERNIAS: SI – NO, su 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 _____

DIAGNOSTICO _____

DICTAMEN _____

MÉDICO INFORMANTE:

Apellido: _____ Nombres _____

Especialidad (si posee): _____

Nº de Matrícula: _____ Nº Afiliado a la Caja (Arte de Curar): _____ / _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Teléfono nº: _____ e-mail: _____ @ _____

Firma y Sello profesional _____.