

HISTORIA CLINICA

Fecha _____

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre del Afiliado _____ Carnet No. _____

Contrato No. _____ Plan _____ Sexo: Masc. Fem. Edad _____

II. HISTORIA ENFERMEDAD ACTUAL ¿ DESDE QUE FECHA INICIARON LOS SINTOMAS?

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

IV. LABORATORIOS Y ESTUDIOS ESPECIALES REALIZADOS (Anexar resultados)

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____

V. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

VI. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

VII. TRATAMIENTO

Firma del Médico