



HISTORIA CLÍNICA

Fecha:.....

Historia N°.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Alumno:

Nombres y apellidos:.....Edad:.....

Lugar y fecha de nacimiento:.....Residencia:.....

Nivel de Instrucción:.....Profesión:.....

Ocupación:.....Estado Civil:.....

Condiciones de Vivienda:.....Religión:.....

Persona de referencia.....Teléfono.....

ANAMNESIS

Condiciones al llegar.....

Motivo de consulta.....

Historia de la enfermedad actual.....

Pasado patológico: (Enfermedades, accidentes, cirugías, alergias).....

Anamnesis familiar

Sociolaboral, trabajos y ambiente

Ginecobstétrica.....

Hábitos: (Sueño, Miccional, Defecatorio, Ejercicio, Tabaco, Licor, -otros- Medicinas, Terapias)

EXAMEN FÍSICO

Pulso...../min. -T.A...../.....; Resp./min.; Temp. °C. -- Peso.....Kg.; Talla:.....m
IMC:

Inspección.....
.....
.....

Palpación.....
.....
.....

Percusión.....
.....
.....

Auscultación.....
.....
.....

Examen especial de las funciones con patología.....
.....
.....
.....

DATOS PATOLÓGICOS POR DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS

Iris.....
.....

Pulsológico.....
.....

Reflexológico.....
.....

Bionergético.....
.....

Fisiognómico.....
.....

Lengua.....
.....

Otros.....
.....

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

Datos patológicos de exámenes complementarios.....
.....
.....

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PLAN TERAPÉUTICO:

Paciente

Instructor

Alumno

