

HISTORIA CLÍNICA

Apellidos: _____ Nombres: _____

D.N.I.: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Teléfono para emergencias: _____

Domicilio: _____

Obra Social / Mutual / Prepaga - Plan: _____

¿Posee alguna discapacidad? ☐ NO ☐ SI (Adjuntar fotocopia del C.U.D.)

¿Cuál? _____

Vacunas ☐ Completo ☐ Incompleto (Adjuntar fotocopia de libreta de vacunas)

Grupo Sanguíneo _____ Factor _____ ¿Sufre alguna enfermedad crónica? ☐ NO ☐ SI

¿Cuál? _____

Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades (Marque la opción que corresponda)

Asma bronquial ☐ NO ☐ SI

Bocio ☐ NO ☐ SI

Bronquitis ☐ NO ☐ SI

Enfermedad de Chagas ☐ NO ☐ SI

Enfermedades del corazón ☐ NO ☐ SI

Erisipela ☐ NO ☐ SI

Escarlatina ☐ NO ☐ SI

Fiebre reumática ☐ NO ☐ SI

Hernias ☐ NO ☐ SI

Hepatitis ☐ NO ☐ SI

Meningitis ☐ NO ☐ SI

Micosis ☐ NO ☐ SI

Neumonía ☐ NO ☐ SI

Paperas ☐ NO ☐ SI

Parasitosis Intestinales ☐ NO ☐ SI

Pleuresía ☐ NO ☐ SI

Rubéola ☐ NO ☐ SI

Sarampión ☐ NO ☐ SI

Tuberculosis ☐ NO ☐ SI

Úlcera gastroduodenal ☐ NO ☐ SI

Varicela ☐ NO ☐ SI

¿Sufre alguna otra enfermedad? ☐ NO ☐ SI

¿Cuál? _____

¿Toma alguna medicación? ☐ NO ☐ SI

¿Cuál? _____

Indicar dosis _____

¿Es diabético? ☐ NO ☐ SI

Indicar régimen de insulina _____

¿Es alérgico? ☐ NO ☐ SI

¿A qué? _____

¿Es alérgico a algún medicamento? ☐ NO ☐ SI

¿A cuál? _____

¿Qué medicación utiliza en su lugar? _____

¿Tuvo cirugías? Especificar _____

¿Requiere régimen especial de comidas? ☐ NO ☐ SI
(Adjuntar informe del nutricionista o médico)

Fecha: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

