



3. PIEL Y ANEXOS:

4. TÓRAX:

4.1. Aparato Respiratorio:

4.2. Aparato Cardiovascular:

5. ABDOMEN

6. NEUROLÓGICO

PROBLEMAS DE SALUD

PLAN TERAPEUTICO:

FIRMA: _____

IM. _____

Apellido Paterno		Materno		Nombres	
Departamento EMERGENCIA		Servicio MEDICINA INTERNA		Nº Cama	Nº Historia Clínica