

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE INGRESO A HOSPITALIZACIÓN: _____

FECHA DE HISTORIA CLÍNICA: _____

INFORMANTE: _____ CONFIABLE: SÍ () NO ()

I. ANAMNESIS:

1. FILIACIÓN:

- NOMBRES Y APELLIDOS: _____
- EDAD: _____ SEXO: F () M () DNI: _____
- ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____
- GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____ PROCEDENCIA: _____
- FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____
- DIRECCIÓN: _____
- RELIGIÓN: _____

2. PERFIL DEL PACIENTE:

- MODO DE VIDA ACTUAL:
 - I) HOGAR Y FAMILIA: _____
 - II) VIVIENDA: _____
 - III) SITUACIÓN ECONÓMICA: _____
- Hábitos:
 - I) ALIMENTICIOS:
 - DESAYUNO: _____
 - ALMUERZO: _____
 - CENA: _____
 - II) NOCIVOS: _____

3. ANTECEDENTES PERSONALES: _____

NOMBRE Y APELLIDOS:

HCL: 307401

DEPARTAMENTO:

SERVICIO:

CAMA: 104

4. ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

5. FUNCIONES BIOLÓGICAS:

APETITO: _____ SUEÑO: _____

ORINA: _____ SED: _____

DEPOSICIÓN: _____ PESO: _____

6. ENFERMEDAD ACTUAL:

MOTIVO DE CONSULTA: _____

Tiempo de enfermedad: _____

Forma de inicio: _____ Curso: _____

NOMBRE Y APELLIDOS:

DEPARTAMENTO:

SERVICIO:

HCL: $\text{H}^+ + \text{Cl}^-$

CAMA:

7. EXAMEN FÍSICO:

A) SIGNOS VITALES:

PA: _____ mmHg FC: _____ lpm FR: _____ rpm T: _____ °C
SatO2: _____ % FiO2: _____ %

B) SOMATOMETRÍA:

PESO: _____ kg TALLA: _____ m IMC _____ kg/m²

C) APRECIACIÓN GENERAL:

D) PIEL Y ANEXOS:

E) TCSC:

F) LINFÁTICOS:

G) CABEZA

CRÁNEO: _____

OJOS: _____

NARIZ: _____

BOCA: _____

OÍDO: _____

H) CUELLO:

I) APARATO RESPIRATORIO

INSPECCIÓN: _____

PALPACIÓN: _____

PERCUSIÓN: _____

AUSCULTACIÓN: _____

J) APARATO CARDIOVASCULAR

INSPECCIÓN: _____

PALPACIÓN: _____

PERCUSIÓN: _____

AUSCULTACIÓN: _____

K) ABDOMEN

INSPECCION: _____

ASUCULTACION: _____

NOMBRE Y APELLIDOS:

HCL:

DEPARTAMENTO:

SERVICIO:

CAMA:

PERCUSION: _____

PALPACION: _____

L) GENITOURINARIO _____

M) OSTEOMUSCULAR: _____

N) NEUROLÓGICO:

CONCIENCIA: _____

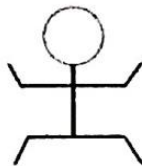
FACIES: _____

COORDINACION: _____

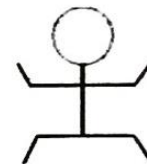
SIGNOS MENINGEOS: _____

FUERZA: _____

FM



ROT



SENSIBILIDAD: _____

FUNCIONES SUPERIORES: _____

PARES CRANEALES:

PC I: _____

PC II: _____

PC III, IV, VI: _____

PC V: _____

PC VII: _____

PC VIII: _____

PC IX: _____

PC X: _____

PC XI: _____

PC XII: _____

NOMBRE Y APELLIDOS:

HCL:

DEPARTAMENTO:

SERVICIO:

CAMA:

FECHA	PROBLEMAS DE SALUD	HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

PLAN DIAGNÓSTICO	PLAN TERAPEÚTICO

INTERNO DE MEDICINA: _____

NOMBRE Y APELLIDOS:

HCL:

DEPARTAMENTO:

SERVICIO:

CAMA: