

HISTORIA CLINICA

11

Fecha de ingreso a Emergencia: _____ Hora: _____

Fecha Elaboración Nota de Residente: _____ Hora: _____

Informante: _____

1. FILIACIÓN

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ Procedencia: _____

Domicilio: _____

4. ENFERMEDAD ACTUAL:

Nombres

Departamento MEDICINA	Servicio: MEDICINA INTERNA-A	N° Cama	N° Historia Clínica
--------------------------	---------------------------------	---------	---------------------

[illegible]

[illegible]

Departamento MEDICINA	Servicio MEDICINA INTERNA-A	N° Cama	N° Historia Clínica
--------------------------	--------------------------------	---------	---------------------

6. ANTECEDENTES FAMILIARES:

7. REVISIÓN ANAMNÉSICA DE APARATOS Y SISTEMAS:

a. Generales: _____

b. Piel y Anexos: _____

c. Sistema Linfático: _____

d. Cabeza: _____

- Ojos: _____

- Oídos: _____

- Nariz: _____

- Boca: _____

- Faringe y laringe: _____

e. Cuello: _____

f. Mamas: _____

g. Aparato Respiratorio: _____

h. Aparato Cardiovascular: _____

- i. Aparato Gastrointestinal: _____
- j. Aparato genito-urinario: _____
- k. Sistema Nervioso: _____

II. EXAMEN FÍSICO

1. SIGNOS VITALES

P.A.: _____ F.R.: _____ F.C.: _____
T°: _____ SO₂: _____ FiO₂: _____

2. SOMATOMETRÍA

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

3. APRECIACIÓN GENERAL DEL PACIENTE:

4. PIEL Y ANEXOS:

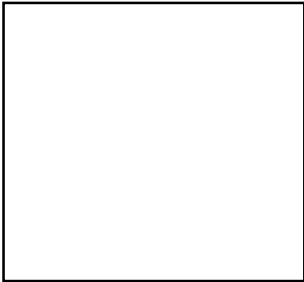
5. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: _____

6. LINFÁTICO: _____

7. CABEZA: _____

8. CUELLO: _____

8. TORAX:



9.1. Aparato Respiratorio:

9.2. Aparato Cardiovascular:

10. ABDOMEN

11. GENITOURINARIO

12. LOCOMOTOR

13. NEUROLÓGICO

Apellido Paterno Materno Nombres

Departamento MEDICINA	Servicio MEDICINA INTERNA-A	N° Cama	N° Historia Clínica
--------------------------	--------------------------------	---------	---------------------

PROBLEMAS DE SALUD

[illegible]

Apellido Paterno

Materno

Nombres

Departamento
MEDICINA

Servicio
MEDICINA INTERNA - A

Nº Cama

Nº Historia Clínica