

HISTORIA CLÍNICA N° 
**SERVICIO DE URGENCIAS**

 NOMBRE 

1ER APELLIDO	2° APELLIDO	NOMBRE
--------------	-------------	--------

 DÍA MES AÑO HORAS MIN  
 FECHA     

 CEDULA 
**ALÉRGICO A:**

EDAD	F	M	ENTIDAD	A	P	B	PART
------	---	---	---------	---	---	---	------

TA	FC	RESP.	T°	PESO
----	----	-------	----	------

MOTIVO CONSULTA	DROGAS
-----------------	--------

--	--

ENFERMEDAD ACTUAL	ANTECEDENTES PERSONALES
-------------------	-------------------------

	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">HTA</td> <td style="width: 20%;">DM</td> <td style="width: 20%;">CARDIO</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>CA</td> <td>ACV</td> <td>RENALES</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ASMA</td> <td>NEURO</td> <td>QXCOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GINEC</td> <td colspan="3">OTROS:</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	HTA	DM	CARDIO		CA	ACV	RENALES		ASMA	NEURO	QXCOS		GINEC	OTROS:										
HTA	DM	CARDIO																							
CA	ACV	RENALES																							
ASMA	NEURO	QXCOS																							
GINEC	OTROS:																								

EXAMEN FÍSICO
---------------

CABEZA	CARA
--------	------

CUELLO	O.N.B. (OJO, NARIZ Y BOCA)
--------	----------------------------

TÓRAX	PULMONES
-------	----------

CORAZÓN	ABDOMEN
---------	---------

EXTREMIDADES	PIEL. TEJIDOS BLANDOS
--------------	-----------------------

GENITOURINARIO	S.N.C. (SISTEMA NERVIOSO CENTRAL)
----------------	-----------------------------------

DIAGNOSTICO	
-------------	--

