



HISTORIA CLÍNICA

FECHA: _____

DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: _____ EDAD: _____

SEXO: H M GÉNERO: _____ ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

TIPO DE SANGRE: _____ LUGAR DE RESIDENCIA: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

OCUPACIÓN: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____

¿CÓMO NOS ENCONTRÓ?: _____ ¿QUIÉN LO RECOMENDÓ?: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

PRESIÓN ALTA: _____ INICIÓ EN: _____ TRATAMIENTO CON: _____

DIABETES: _____ INICIÓ EN: _____ TRATAMIENTO CON: _____

OTRO PADECIMIENTO: _____

ALERGIA A MEDICAMENTO Y CUÁL: _____

CIRUGÍAS QUE HA TENIDO Y FECHAS DE: _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE: _____

HÁBITO TABÁQUICO, HÁBITO ALCOHÓLICO Ó ADICCIONES: _____

FRECUENCIAS DE HÁBITO: _____

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

¿HA TENIDO FRACTURAS?: _____ ESPECIFIQUE: _____

¿QUÉ TRATAMIENTO TUVO LA FRACTURA?: _____

¿CAÍDAS?: _____ ESPECIFIQUE: _____

¿TRAUMATISMO GRAVE Y/O ACCIDENTE?: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

¿DESDE HACE CUANTO TIEMPO INICIARON SUS SÍNTOMAS?: _____

EN ESCALA DEL 1 AL 10, EN QUÉ NÚMERO EVALÚA EL DOLOR QUE SIENTE ACTUALMENTE: _____

HAY ALGUNA ACTIVIDAD EN LA QUE SE INTENSIFIQUE EL DOLOR, DESCRIBA: _____

FIRMA DEL PACIENTE