# HISTORIA CLINICA

Apellidos: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: / /

Teléfono para emergencias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Posee alguna discapacidad?  NO  SI (Adjuntar fotocopia del C.U.D.)

¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vacunas  Completo  Incompleto (Adjuntar fotocopia de libreta de vacunas)

Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades (Marque la opción que corresponda)

Asma bronquial  NO  SI

Bocio  NO  SI

Bronquitis  NO  SI

Enfermedad de Chagas  NO  SI

Enfermedades del corazón  NO  SI

Erisipela  NO  SI

Escarlatina  NO  SI

Fiebre reumática  NO  SI

Hernias  NO  SI

Hepatitis  NO  SI

Meningitis  NO  SI

Micosis  NO  SI

Neumonía  NO  SI

Paperas  NO  SI

Parasitosis Intestinales  NO  SI

Pleuresía  NO  SI

Rubéola  NO  SI

Sarampión  NO  SI

Tuberculosis  NO  SI

Úlcera gastroduodenal  NO  SI

Varicela  NO  SI

¿Es diabético?  NO  SI

¿Cuál es su régimen de insulina? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Factor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es sonámbulo?  NO  SI

¿Sabe nadar?  NO  SI

¿Puede comer de todo?  NO  SI

¿Sigue algún régimen especial de comidas?  NO  SI

(Adjuntar informe del nutricionista o médico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Sufre alguna enfermedad crónica?  NO  SI¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Sufre alguna otra enfermedad?  NO  SI¿Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene fobias/miedos/pánico/claustrofobia?  NO  SI ¿A qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Toma alguna medicación?  NO  SI ¿Cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicar dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es alérgico?  NO  SI ¿A qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento?  NO  SI ¿A cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué medicación utiliza en su lugar?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma:

Aclaración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_