



Evaluación Clínica

Nombre y Apellido:.....

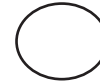
Nº de Historia Clínica:..... Edad:..... Fecha de Nacimiento:/...../.....

Escolaridad: •Estudios Primarios: Incompletos ☐ Completos ☐

•Estudios Secundarios: Incompletos ☐ Completos ☐

•Estudios terciarios y/o universitarios No ☐ Si ☐ Cual:.....

Familigrama:



 Hombre  Mujer  Hijos  Hijos adoptivos  Embarazo  Aborto provocado  Aborto  Gemelos  Muerte  Matrimonio  Pareja no casada  Divorcio  Separación  Relación conflictiva estrecha

Antecedentes Familiares					
	Pat.	Mat.		Pat.	Mat.
ATC			Enf. Coronaria		
Tabaquismo			Alcohol		
Drogas			Dislipemia		
Psiquiátricos			Ca. De Colon		
Ca. de mama			Otro Ca.		
Convulsiones			Asma		
HTA			DBT		

Antecedentes Personales			
HTA		DBT	
Dislipemia		Tabaquismo	
Hemorragia Dig.		Hepatitis ()	
Accidentes		Auto lítico	
Psiquiátricos		Convulsiones	
Enf. Tiroidea		Enf. Coronaria	
EPOC		Arritmias	
Actividad Fisica		VIH / ETS	

Internaciones (Fecha – Motivo):.....

.....
.....
.....
.....
.....

Examen Físico

FECHA

--	--	--

• Antropometría

- Peso (kg):.....
- Talla (mts):.....
- BMI: peso / talla²:.....

• Signos Vitales

- FR:.....
- FC:.....(lpm)
- TA:.....(mmHg)
- Temperatura:.....°C

Actitud y aspecto físico:.....
.....
.....

Sistema Neurológico:.....
.....
.....

Sistema. Respiratorio:.....
.....
.....

Sistema Cardiovascular:.....
.....
.....

Abdomen:.....
.....
.....

Piel y Mucosas:.....
.....
.....

Diagnostico presuntivo (patología clínica concomitante):.....
.....
.....

Indicaciones:.....
.....
.....
.....
.....



Centro de Salud Mental