

SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA

Historia Clínica de Ingreso

FECHA:

HORA:

Nombre y Apellido:.....Edad:.....

Historia Clínica N°:.....Cama:.....Teléfono:.....

MI:.....

MC:.....

EA:.....

Área:.....

Antecedentes personales:

Cirugías Si ☐ No ☐Internaciones previas Si ☐ No ☐Alergias Si ☐ No ☐Enf. cardiovascular Si ☐ No ☐Diabetes mellitas Si ☐ No ☐HTA Si ☐ No ☐

Otras:.....

Antecedentes familiares:.....

Medicación habitual:

Hábitos fisiológicos:.....

Hábitos tóxicos:

Tabaco Si ☐ No ☐
Alcohol Si ☐ No ☐
Drogas Si ☐ No ☐

Examen físico:.....

Estado general:.....

CSV: TA/..... FC FR T° Sat

Piel:.....

TCS:.....

Linfoganglionar:.....

Cabeza y cuello:.....

AP CARDIOVASCULAR:

R1: R2: Ruidos agregados:.....

Soplos:.....

Pulsos periféricos:.....

Ingurgitación yugular:.....

AP RESPIRATORIO:

Inspección:.....

Palpitación:.....

Percusión:.....

Auscultación:.....

ABDOMEN:

Inspección:.....

Palpitación:.....

Hígado:..... Bazo:.....

RHA + ☐ - ☐ Catarsis + ☐ - ☐

AP GENITOURINARIO:

Micción:.....

Punto ureterales + ☐ - ☐

Puño percusión + ☐ - ☐

Genitales:.....

AP osteoarticular:.....

SISTEMA NERVIOSO:

Estado de conciencia:.....Glasgow:.....

Pupilas:.....Foco meníngeo:.....

Foco motor:.....

Sensibilidad:.....Reflejo:.....

Laboratorio:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rx Tx:.....

.....

ECG:.....

.....

Otros:.....

.....

.....

Diagnostico presuntivo:

1.....

2.....

3.....

Otros:.....

.....

.....

Tratamiento:

1.....4.....

2.....5.....

3.....6.....

Otros:.....

.....

.....

Se solicita:.....

.....

.....

Médico de guardia:.....