



HISTORIA CLINICA PARA ATENCION FAMILIAR

APELLIDO Y NOMBRES DEL AGENTE:.....

EDAD:NACIONALIDAD: DNI/LE/LC:.....

DOMICILIO: LOCALIDAD:.....

MINISTERIO: REPARTICION:.....

Fecha de ingreso a la administración pública:.....

Situación de revista (planta transitoria-mensualizado-permanente):.....

Por aplicación de Art. N°:

DATOS DEL FAMILIAR:

APELLIDO Y NOMBRES:.....

EDAD: NACIONALIDAD:DNI/LE/LC:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

MOTIVO DE LA CONSULTA (Enfermedad referida por el agente):

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES PERSONALES:.....

ANTECEDENTES HEREDITARIOS:.....

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO O DE CERTEZA (Enfermedad que padece el familiar):.....

EXAMENES COMPLEMENTARIOS (Solicitados o efectuados y resultados de los mismos):.....

PRONOSTICO:

TRATAMIENTOS INDICADOS:

LICENCIA ACONSEJADA PARA EL AGENTE:

MEDICO QUE LO ASISTE:

Lugar y Fecha: