



HISTORIA CLINICA

APELLIDO:.....

NOMBRES:

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

DOMICILIO: LOCALIDAD:.....

MINISTERIO: REPARTICION:.....

TAREAS QUE REALIZA:

¿Desde cuándo no asiste a su trabajo?:

Por aplicación de Art. N°:

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

ENFERMEDAD ACTUAL:

EVOLUCION Y TRATAMIENTOS EFECTUADOS:

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: