



**HISTORIA CLINICA PARA ATENCIÓN DE FAMILIAR ENFERMO**

APELLIDO Y NOMBRES DEL AGENTE: .....

EDAD: ..... NACIONALIDAD..... DNI: .....

DOMICILIO: .....

LOCALIDAD: Comodoro Rivadavia

MINISTERIO: de Educación REPARTICIÓN: Instituto Sup. de Form. Doc. N° 810

¿DESDE CUÁNDO NO ASISTE A SU TRABAJO? .....

POR APLICACIÓN DE ART. N° .....

**DATOS DEL FAMILIAR**

APELLIDO Y NOMBRES: .....

EDAD: ..... NACIONALIDAD..... DNI: .....

DOMICILIO: .....

LOCALIDAD: .....

MOTIVO DE CONSULTA (Enfermedad referida por el paciente) .....

.....

.....

ENFERMEDAD ACTUAL: .....

.....

.....

APELLIDO Y NOMBRES DEL AGENTE: .....

.....

ESTADO ACTUAL DEL ENFERMO: .....

.....

.....

ANTECEDENTES PERSONALES: .....

.....

.....

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: .....

.....

.....

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO O DE CERTEZA: (Enf. que padece el familiar).....

.....

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

.....

.....

PRONÓSTICO: .....

.....

TRATAMIENTOS INDICADOS: .....

.....

LICENCIA ACONSEJADA PARA EL AGENTE: .....

.....

MÉDICO QUE LO ASISTE: .....

LUGAR Y FECHA: .....