



HISTORIA CLÍNICA

APELLIDO:

NOMBRE:

EDAD: NACIONALIDAD: DNI/LE/LC:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

MINISTERIO: REPARTICIÓN:

TAREAS QUE REALIZA:

¿Desde cuándo no asiste a su trabajo?

Por aplicación de Art. N°:

MOTIVO DE CONSULTA (Enfermedad referida por el agente):

.....

.....

ENFERMEDAD ACTUAL:

.....

.....

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTOS EFECTUADOS:

.....

.....



ANTECEDENTES PERSONALES:

.....
.....

ANTECEDENTES HEREDITARIOS:

.....
.....

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO O DE CERTEZA (Enfermedad que padece):

.....
.....

EXAMENES COMPLEMENTARIOS (Resultados de los mismos)

.....
.....

PRONÓSTICO:

.....
.....

TRATAMIENTOS INDICADOS:

.....
.....

LICENCIA ACONSEJADA:

.....
.....

MEDICO QUE LO ASISTE:

LUGAR Y FECHA: / /