



HISTORIA CLINICA PARA ATENCIÓN DE FAMILIAR ENFERMO

APELLIDO Y NOMBRES DEL AGENTE:

EDAD: NACIONALIDAD..... DNI:

DOMICILIO:

LOCALIDAD: Puerto Madryn

MINISTERIO: de Educación REPARTICIÓN:

¿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: