

HISTORIA CLINICA

NOMRE Y APELLIDO

DOCUMENTO

EDAD

Fecha de Ingreso

Motivo

Fecha de Egreso

Motivo

1.- Aspecto General (Marcar con una cruz)

Malo	<input type="checkbox"/>
Bueno	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>

2.- Motricidad (Marcar con una cruz)

Se moviliza solo	<input type="checkbox"/>
Se moviliza con dificultad	<input type="checkbox"/>
No se moviliza	<input type="checkbox"/>

Indicar causa y si utiliza aparatos, bastón, etc.

3.- Percepción sensorial (indicar % estimado de capacidad)

Visual	<input type="text"/>
Auditiva	<input type="text"/>
Inconvenientes al hablar	<input type="text"/>

4.- Enfermedades (Marcar con una cruz)

Alergias	<input type="checkbox"/>	Nefropatías	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Neumopatías	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	Reumatológicas	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Venéreas	<input type="checkbox"/>
Hematológicas	<input type="checkbox"/>	Neurológicas	<input type="checkbox"/>
Hepatólogicas	<input type="checkbox"/>	Incontinencias	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>

5.- Nociones de Foco (Marcar con una cruz)

Bruselosis	<input type="checkbox"/>	Parasitosis	<input type="checkbox"/>
Chagas	<input type="checkbox"/>	Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Ornitosis	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

6.- Hábitos (Marcar con una cruz)

Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	Apetito	<input type="checkbox"/>
Etilismo	<input type="checkbox"/>	Peso	<input type="checkbox"/>

7.- Aspecto Psicofísico (Marcar con una cruz)

Irritable	<input type="checkbox"/>	Lúcido y orientado	<input type="checkbox"/>
Agresivo	<input type="checkbox"/>	Confuso, intermitente	<input type="checkbox"/>
Depresivo	<input type="checkbox"/>	Desorientado	<input type="checkbox"/>

8.- Medicación

9.- Planteos Diagnósticos

10.- Plan de Estudio