



HISTORIA CLÍNICA PARA ATENCIÓN DE FAMILIAR ENFERMO

APELLIDO Y NOMBRES DEL AGENTE:

.....

EDAD: NACIONALIDAD: DNI/LE/LC:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

MINISTERIO: REPARTICIÓN:

¿Desde cuándo no asiste a su trabajo?

Por aplicación de Art. N°:

DATOS DEL FAMILIAR

APELLIDO Y NOMBRES:

.....

EDAD: NACIONALIDAD: DNI/LE/LC:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

MOTIVO DE LA 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 (Enfermedad que padece el familiar):

.....
.....

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

.....
.....

PRONÓSTICO:

.....
.....

TRATAMIENTOS INDICADOS:

.....
.....

LICENCIA ACONSEJADA PARA EL AGENTE:

.....
.....

MEDICO QUE LO ASISTE:

LUGAR Y FECHA: / /