## **Formato de historia clínica**

# **[Logo o Nombre de la Institución]**

**Nombre del Paciente:**

[Nombre]

**Fecha de Nacimiento:**

[Fecha de Nacimiento]

**Sexo:**

[Sexo]

**Estado Civil:**

[Estado Civil]

**Dirección:**

[Dirección]

**Teléfono:**

[Teléfono]

**Correo Electrónico:**

[Correo Electrónico]

**Motivo de Consulta:**

[Motivo de Consulta]

**Antecedentes Médicos:**

[Antecedentes Médicos]

**Alergias:**

[Alergias]

**Medicamentos Actuales:**

[Medicamentos Actuales]

**Examen Físico:**

[Examen Físico]

**Diagnóstico:**

[Diagnóstico]

**Tratamiento Propuesto:**

[Tratamiento Propuesto]

**Nombre del Médico:**

[Nombre del Médico]

**Firma:**

[Firma]