

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]
