



HISTORIA CLÍNICA

ESTE DOCUMENTO DEBE SER REQUISITADO POR UN MÉDICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL ALUMNO(A): _____ GRADO: _____ GRUPO: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ DERECHOHABIENTE A: _____

TIPO SANGUÍNEO: _____ DIRECCIÓN: _____

_____ TELÉFONO _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

NOMBRE DEL PADRE: _____ EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN _____

ENFERMEDADES QUE PADECE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

ENFERMEDADES QUE PADECE: _____

ANTECEDENTE PERSONALES PATOLÓGICOS

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA: _____

OTRAS ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS: _____

QUIRÚRGICOS, TRAUMÁTICOS, TRANSFUSIONALES: _____

¿CUENTA CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO?: SI _____ NO: _____ FALTA: _____ ALERGIAS:

NO _____ SI _____ ¿A QUÉ? _____ TX: _____

ANTECEDENTE PERSONALES NO PATOLÓGICOS

MATERIAL CON EL QUE ESTÁ CONSTRUIDA SU CASA: MUROS _____ PISO _____ TECHO _____

SERVICIOS BÁSICOS DE URBANIDAD: SUMINISTRO DE AGUA: _____ ELIMINACIÓN DE EXCRETAS: _____

¿CUENTA CON ENERGÍA ELÉCTRICA? _____ FORMA DE ELIMINACIÓN DE BASURA: _____

¿QUÉ RELIGIÓN PROFESA? _____ NO. DE PERSONAS CON LAS QUE VIVE: _____

¿TIENE ANIMALES EN CASA? NO _____ SI _____ ¿CUÁLES? _____

HÁBITOS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS:

¿CON QUE FRECUENCIA DE BAÑA? _____ ¿CUÁNTAS VECES SE CEPILLA LOS DIENTES AL DÍA? _____

¿INGIERE ALIMENTOS ANTES DE IR A LA ESCUELA?: _____ ¿CUÁNTAS COMIDAS HACE AL DÍA? _____

PADECIMIENTO ACTUAL

PADECIMIENTO ACTUAL: _____ TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____

TRATAMIENTO ACTUAL _____

INDICACIÓN: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA: (DATOS RELEVANTES)

SOMATOMETRIA

FC: _____

FR: _____

TEMP: _____

TALLA: _____

PESO: _____

IMC: _____

AGUDEZA VISUAL _____

OJO DER. ____/____

OJO IZQ. ____/____

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REQUISTA LA HISTORIA CLINICA

CED. PROF.: _____ TELEFONO: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ALUMNO O ALUMNA