



HISTORIA CLINICA

NºH.....

APELLIDOS.....

NOMBRE.....

ESTADO CIVIL.....

PROFESIÓN.....

DIRECCIÓN.....

.....

CP.....

TELEFONOS..... !..... !..... !..... !.....

NIF.....

Antecedentes Familiares:

Padre.....

Madre.....

Otros familiares.....

Antecedentes Personales:

Enferm. destacables de la infancia.....

HTA Diabetes..... Ulcera Estómago Otras enf. digestivas.....

Cardiopatías
Alt. Coagulación Anticoagulantes.....

Tiroides Epilepsia (tipo).....

Alt. Respiratorias
Hepatitis..... TBG..... Otras Enf. infecc.....

Intervenciones quirúrgicas.....

Transfusiones.....

Alt. Neurológicas
Alt. Renales.....

Otras Patologías
Medicamentos que toma.....

.....

Fumador de.....

ALERGIA A MEDICAMENTOS

.....

Firma del Paciente /o Persona Responsable: