



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:

Santa Cruz de Tenerife a

de

del 200