República Argentina
PROVINCIA DEL CHUBUT
MINISTERIO DE COORDINACIÓN DE GABINETE
DIRECCIÒN DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS

HISTORIA CLINICA

APELLIDO: …….

NOMBRE: ..……..

EDAD: ……. NACIONALIDAD…… DNI: ……...

DOMICILIO: ……

LOCALIDAD: Comodoro Rivadavia

TAREAS QUE REALIZA: ……..

¿Desde cuándo no asiste a su trabajo? ……..

Por aplicación de Art. Nº ……

MOTIVO DE CONSULTA (Enfermedad referida por el agente) ……...

……...

……...

ENFERMEDAD ACTUAL: ……

……...

……...

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTOS EFECTUADOS: ……...

……...

……...

APELLIDO Y NOMBRES DEL AGENTE: ……...

……...

ESTADO ACTUAL DEL ENFERMO: ……...

……...

……...

ANTECEDENTES PERSONALES: ……

……...

……...

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: ……

……...

……...

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO O DE CERTEZA: ……...

……...

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: (Solicitados o efectuados y resultados de los mismos):

……...

……...

PRONÓSTICO: ……

……...

TRATAMIENTOS INDICADOS: ……...

……...

LICENCIA ACONSEJADA PARA EL AGENTE: ……

……...

MÉDICO QUE LO ASISTE: ……..

LUGAR Y FECHA: …….