

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Nombre de la Mamá: _____ Ocupación _____

Nombre del Papá: _____ Ocupación _____

Domicilio: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Número de embarazo (Primero, segundo, etc.): _____, de _____ de duración

Complicaciones durante el embarazo (presión, infecciones, amenazas de aborto, etc.):

Tipo de parto: Normal: () Fórceps: () Cesárea: ()

Motivo de la cesárea o fórceps: _____

Atendido en la clínica _____ en la ciudad de _____

Peso al nacimiento: _____ Talla al nacimiento: _____

Alergias: _____

Enfermedades en la familia (padres, hermanos, tíos, abuelos, primos):

Enfermedades previas del paciente (cirugías, internamientos, tratamientos largos, de gravedad):

Escolaridad (De 3 años en adelante): _____

Leche o fórmula que toman (Menores de dos años): _____

Comentarios: _____

Nombre y Firma