



FICHA MÉDICA

PROYECTO CIRCO SOCIAL	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M F)	EDAD	Nº DE HISTORIA CLÍNICA

1. MOTIVO DE CONSULTA

--

2. ANTECEDENTES PERSONALES

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATÍA 2. DIABETES 3. ENF. CARDIOVASCULAR 4. HIPERTENSIÓN 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. ENF. MENTAL
 8. ENF. INFECCIOSA 9. MAL FORMACIÓN 10. OTRO

4. ENFERMEDAD PROBLEMA ACTUAL

5. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO DE LETRA

SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

CP		SP		CP		SP		CP		SP	
1. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. GENITAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. MUSCULO ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. DIGESTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. URINARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ENDOCRINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRÍA

FECHA DE MEDICIÓN				
TEMPERATURA °C				
PRESIÓN ARTERIAL				
PULSO/min / FRECUENCIA RESPIRATORIA				
PESO/Kg / TALLA /cm				

7. EXAMEN FÍSICO REGIONAL

CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES

SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

CP		SP		CP		SP		CP		SP		CP		SP			
1 CABEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. CUELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 TÓRAX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 PELVIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

