

FECHA		

CÓDIGO FAMILIA

DATOS
-------

NOMBRE \_\_\_\_\_ F. NAC.: 

--	--	--

F. VENC. VAT 

--	--	--

ANAMNESIS
-----------

ANTECEDENTES FAMILIARES: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXÁMEN FÍSICO
---------------

PESO 

--

 TALLA 

--

 P/A 

--

ESTADO GENERAL \_\_\_\_\_

NEUROPSIQUICO \_\_\_\_\_

VISION O.D 

--

 O.I 

--

 AUDICIÓN O.D 

--

 O.I 

--

PIEL Y MUCOSAS \_\_\_\_\_

BUCOFARINGE \_\_\_\_\_

CUELLO \_\_\_\_\_

LINFO GANGLIAR \_\_\_\_\_

PLEURO PULMONAR \_\_\_\_\_

CARDIOVASCULAR \_\_\_\_\_

ABDOMEN \_\_\_\_\_

MM.II. \_\_\_\_\_

APARATO GENITAL \_\_\_\_\_

MAMAS \_\_\_\_\_

OSTEOARTICULAR \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES
---------------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_