

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE						
EDAD						
GÉNERO	Masculino	<input type="checkbox"/>		Femenino	<input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL	Soltero	<input type="checkbox"/>		Casado	<input type="checkbox"/>	
NÚMERO DE HIJOS						
NIVEL ACADÉMICO	Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Bachillerato	<input type="checkbox"/>
PROFESIÓN						
OCUPACIÓN						
RELIGIÓN						
DOMICILIO						
FAMILIAR RESPONSABLE						
LUGAR DE RESIDENCIA						

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

	FINADO	VIVO	HTA	CA	TB	D
PADRE						
MADRE						
ABUELA MATERNA						
ABUELO MATERNO						
ABUELA PATERNA						
ABUELO PATERNO						

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

	BUENA		REGULAR		MALA	
ESTILO DE VIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD FÍSICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIVIENDA	PISO	<input type="checkbox"/>	TECHO	<input type="checkbox"/>	BAÑO	<input type="checkbox"/>
HIGIENE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BAÑO	<input type="checkbox"/>	H. MANOS	<input type="checkbox"/>
SERVICIOS DE URBANIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LUZ	<input type="checkbox"/>	AGUA	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	CUARTOS	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	H. DENTAL	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	DRENAJE	<input type="checkbox"/>

AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

HACINAMIENTOS	
BIOMASAS	
COMBE	
ZOONOSIS	
ALERGENOS	
HEMOTIPOS	
CALIDAD DE VIDA	
VIAJES	