



ANÁLISIS CLÍNICOS

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO :** \_\_\_\_\_ **EDO. CIVIL:** \_\_\_\_\_ **OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD:** \_\_\_\_\_ **RADICA:** \_\_\_\_\_

**GENERAL DE ORINA:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**QUÍMICA SANGUÍNEA:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CATASTRO TORÁXICO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INTERROGATORIO**

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS Y HABITOS** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y TRAUMATICOS** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PADECIMIENTO ACTUAL** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INTERROGATORIO POR APARATOS**

**DIGESTIVO Y ANEXOS:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RESPIRATORIO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CARDIO VASCULAR:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**UNITARIO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**GENITAL:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENDOCRINO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ORGANO DE LOS SENTIDOS:

---

---

NEUROS PSÍQUICOS:

---

---

SÍNTOMAS GENERALES:

---

---

TERAPEUTICA EMPLEADA:

---

---

TRATAMIENTO MEDICOS RECIBIDOS:

---

---

---

EXTRA O INTRA-HOSPITALARIOS

---

---

**DECLARACIONES DEL SOLICITANTE**

CERTIFICO QUE LO ANTERIOR ES EXACTO Y VERIFICO SIN OMITIR OTROS TRANSTORNOS FUNCIONALES , RELEVO AL MEDICO EXAMINADOR DEL SECRETO PROFESIONAL PARA USOS CONVENIENTES DE LA SECRETARIA

\_\_\_\_\_ FIRMA

**EXPLORACION FISICA**

ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_ T.A.: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE RESPIRACIONES: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_

INSPECCION GENERAL:

---

---

---

CRANEO Y CARA:

---

---

CUELLO:

---

---

---

TORAX Y GLANDULAS MAMARIAS:

---

---

---

EXTREMIDADES:

---

---

CONCLUSION DIAGNOSTICA:

---

---

---

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

SELLO

---

---

---