



GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARIA DE SALUD/JURISDICCION SANITARIA 2 TULANCINGO
HISTORIA CLINICA

FECHA: _____

IDENTIFICACION
INDIVIDUAL:

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO EDAD SEXO

DOMICILIO:
CALLE

NUMERO COLOMIA LOCALIDAD MUNICIPIO ESTADO CODIGO POSTAL

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES GINICO-OBSTRETICOS

MEMARCA IVUSA METODO PF GESTA PARTO CESAREA ABORTO

PADECIMIENTO ACTUAL

DATOS ANTROPOMETRICOS Y SIGNOS VITALES

PESO TALLA FC FR PULSO TA SISTOL TA DIAST GLUCOSA TEMPERA

EXPLORACION FISICA

