

# HISTORIA CLÍNICA



Fecha de Ingreso:	Hora de Ingreso:	Número de Ingreso:
Fecha Inicio Atención:	Hora de Atención:	Número de Historia:
Fecha Fin de Atención:	Hora Fin Atención:	Ámbito Realización:
Tipo de Consulta:		Código Ministerio:
Nombre IPS:		Convenio:
IPS Primaria:		Ciudad:
Grupo Atención:		Zona:

## Datos del Paciente

Nombre:	Tipo Identificación:	N° Identificación:
Tipo de Afiliado:	Fecha Nacimiento :	Edad:
Causa Externa:	Estado Civil:	Sexo:
Finalidad:	Grupo Sanguíneo y RH:	Dirección:
Ocupación:		Teléfono:
Acompañante:	Teléfono:	Parentesco:
Responsable:	Teléfono:	Parentesco:

## Información Socio Demográfica

Etnia: Ninguno de los anteriores	Estado civil: VIUDO	Alfabeto: Si
Estudios Básica Primaria	Cursos Aprobados: 5	Genero:
Sexualmente Activo: No	Metodo Planificación:	Orientación Sexual:
Observación:		

## Anamnesis

Referencia y Contrareferencia:
Motivo de Consulta :
Enfermedad Actual :
Escala del Dolor:
Discapacidades :

## Análisis



Fecha de Ingreso:	Hora de Ingreso:	Número de Ingreso:
Fecha Inicio Atención:	Hora de Atención:	Número de Historia:
Fecha Fin de Atención:	Hora Fin Atención:	Ámbito Realización:
Tipo de Consulta:		Código Ministerio:
Nombre IPS:		Convenio:
IPS Primaria:		Ciudad:
Grupo Atención:		Zona:

Profesional:

Especialidad:  
Registro Médico:  
Identificación :