# *HISTORIA CLINICA*

APELLIDO Y NOMBRE: ……

EDAD: …… NACIONALIDAD: …… DNI/LE/LC: ……

DOMICILIO: ……LOCALIDAD ……

Email: …… TELEFONO: ……

MINISTERIO: …… REPARTICIÓN: ……

TAREAS QUE REALIZA: ……

Fecha de ingreso a la Administración Publica: ……

Situación de revista: ……
(Planta Transitoria - Mensualizado - Permanente / Titular - Interino - Suplente)

¿Desde cuándo no asiste al trabajo? ……

Por aplicación de Art. N°: ……

---

MOTIVO DE LA CONSULTA: (Enfermedad referida por el Agente)……

……

……

ENFERMEDAD ACTUAL: ……

……

……

EVOLUCION Y TRATAMIENTOS EFECTUADOS: ……

……

……

ESTADO ACTUAL DEL ENFERMO: ……

……

……

ANTECEDENTES PERSONALES: ……

……

……

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: ……

……

……

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO O DE CERTEZA ……

……

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: (Solicitados y efectuados y resultados de los mismos)……

……

……

……

PRONÓSTICO: ……

……

TRATAMIENTOS INDICADOS: ……

……

……

LICENCIA ACONSEJADA PARA EL AGENTE: ……

……

MEDICO QUE LO ASISTE: ……

LUGAR Y FECHA : ……
(firma y sello)