HISTORIA CLINICA PARA ATENCION DE FAMILIAR ENFERMO

APELLIDO Y NOMBRE DEL AGENTE: ……

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

DOMICILIO: …… LOCALIDAD: ……

Email: …… TELEFONO: ……

MINISTERIO: …… REPARTICIÓN: ……

TAREAS QUE REALIZA: ……

Fecha de ingreso a la Administración Pública: ……

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

¿Desde cuándo no asiste al trabajo? ……

Por aplicación de Art. N°: ……

DATOS DEL FAMILIAR

APELLIDO Y NOMBRES: ……

VINCULO FAMILIAR: ……EDAD: ……

NACIONALIDAD: …… DNI/LE/LC: ……

DOMICILIO: …… LOCALIDAD: ……

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

……

……

ENFERMEDAD ACTUAL: ……

……

ESTADO ACTUAL DEL ENFERMO: ……

……

……

APELLIDO Y NOMBRES DEL AGENTE: ……

ANTECEDENTES PERSONALES ……

……

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: ……

……

……

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO O DE CERTEZA (Enfermedad que padece el familiar)……

……

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)