

Coordinación de Discapacidad “Unidad Básica de Rehabilitación”

Nombre:

Fecha:

Edad:

Sexo:

HISTORIA CLINICA

INTERROGATORIO:	DIRECTO: _____ X _____	INDIRECTO: _____
ANTECEDENTES:	PERSONALES NO PATOLOGICOS:	
PERSONALES PATOLOGICOS:		
HEREDO-FAMILIARES:		
HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL:		
INTERROGATORIO:	APARATOS Y SISTEMAS:	
DIAGNOSTICO PREVIO:		
ESTUDIOS REALIZADOS:	RESULTADOS:	