



FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

SEGÚN NORMA CE004-01

Apellido _____
Nombre _____
Fecha de nacim.: _____ / _____ / _____
D.N.I.: _____
Domicilio _____
Teléfono: _____
Tel. p/ emerg. _____

La historia clínica que Ud. se dispone a llenar y que acompañará a su hijo o a usted durante acantonamientos, campamentos o salidas, contempla una serie de datos y antecedentes que orientarán eficazmente al médico actuante en caso de necesidad. La veracidad y amplitud con que Ud. responda al cuestionario que sigue, hará más rápido y efectivo el diagnóstico y posterior tratamiento de cualquier dolencia que se manifieste en el campamento.

Vacunas (Marque aquellas que tiene registro)

VACUNAS	Nº de dosis	Fecha última dosis
B.C.G.		____ / ____ / ____
Triple (DPT)		____ / ____ / ____
Doble (DT)		____ / ____ / ____
Antisarampionosa		____ / ____ / ____
Triple Viral (MMR)		____ / ____ / ____
Hibtititer		____ / ____ / ____
Cuádruple		____ / ____ / ____
Va Mengoc BC		____ / ____ / ____
Anti Hepatitis A		____ / ____ / ____
Anti Hepatitis B		____ / ____ / ____

Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades (Marque con un círculo la opción que corresponda)

Rubéola	SI	NO
Varicela	SI	NO
Tos convulsa	SI	NO
Paperas	SI	NO
Parasitosis Intestinales	SI	NO
Enfermedad de Chagas	SI	NO
Fiebre reumática	SI	NO
Neumonía	SI	NO
Pleuresía	SI	NO
Úlcera gastroduodenal	SI	NO
Bocio	SI	NO
Nefritis	SI	NO
Escarlatina	SI	NO
Erisipela	SI	NO
Sarampión	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO
Micosis	SI	NO
Bronquitis	SI	NO
Asma bronquial	SI	NO
Hernias	SI	NO
Enfermedades del corazón	SI	NO
Hepatitis	SI	NO

Meningitis SI NO
¿Es diabético? SI NO
¿Cuál es su régimen de insulina.....
:
¿Puede comer de todo? SI NO
¿Sigue algún régimen especial ? SI NO
¿Cuál?.....
:
Sufre alguna enfermedad crónica? SI NO
Toma alguna medicación? SI NO
¿Cuál? Cuándo?.....
Indicar dosis
¿Es alérgico? SI.....NO
¿Es alérgico a algún medicamento? SI.....NO
¿A cuál?.....
¿Qué usa en su reemplazo?.....
:

Conteste las siguientes situaciones

	SI	NO
Sufre urticaria		
Cicatrizan mal sus heridas		
Sufre mareos		
Tiene dolor de cabeza con frecuencia		
Ha tenido desmayos		
Ha tenido infecciones en los oídos		
Se refría fácilmente		
Tiene hemorragias nasales		
Experimenta falta de aire		
Tuvo o tiene dolores articulares		
Sufre presión alta		
Sufre presión baja		
Alguna vez recibió transfusiones de sangre		
Tiene palpitaciones		
Tuvo ardor al orinar		
Ha orinado sangre		
Ha tenido convulsiones		
Hemodiálisis		
Siente silbidos en el pecho al respirar		
Tiene picos de fiebre con frecuencia		
Ha escupido sangre		
Tiene digestión lenta		
Sufre acidez estomacal		
Mueve bien su vientre		
Suele tener diarreas		
Duerme bien		
Practica deportes		

¿Conoce su grupo sanguíneo?

Grupo _____ Factor _____

Alguna otra situación que desee poner en conocimiento del dirigente _____

POR FAVOR: PUEDE UTILIZAR LA PARTE DE ATRAS DE ESTA HOJA PARA AMPLIAR CUALQUIER COMENTARIO QUE CONSIDERE ÚTIL - AGREGUE AL PRESENTE FORMULARIO FOTOCOPIAS DE DOCUMENTACIÓN QUE CONSIDERE CONVENIENTE.