

**DIRECCION DE JUNTA MEDICA PREVISIONAL
BOLIVAR 2152
TEL.: (0376) 4448649
POSADAS – MISIONES**

HISTORIA CLINICA

1) DATOS PERSONALES

Apellido/s: _____

Nombre/s: _____

Edad: _____ Nacionalidad: _____

D.N.I./ L.E. /L.C / OTROS: _____.

Domicilio: _____ Localidad: _____

Tel: _____ e-mail: _____

Ministerio: _____

Repartición: _____ Fecha de ingreso: ____/____/20____.

Tareas que realiza: _____. ¿Desde cuándo no asiste a su trabajo ?:

En forma continua desde _____ Hasta _____ o
discontinua; desde _____ hasta _____

2) ENFERMEDAD ACTUAL: Antecedentes personales en relación con la enfermedad actual: _____

Tiempo de evolución : _____

Síntomas: _____

Tratamientos Realizados: _____

HISTORIA CLINICA

3) ESTADO ACTUAL (N: Normal - P: Patológico - N.E.: No examinado)

EVALUACION CLINICA (Marcar la columna correspondiente)	N	NE	P		N	NE	P
1 – Cabeza				13 – Abdomen			
2 - Ojos – Agudeza visual				14- Hernias o eventraciones			
3– Fondo de ojo				15 – Urogenitales			
4 – Oído externo y audición				16 – Ano y recto			
5 - Nariz				17 – Extremidades			
6 – Boca y garganta				18– Columna			
7 – Cuello y tiroides				19– Piel			
8 – Tórax y mamas				20 – Sistema Linfático y ganglionar			
9 – Pulmones				21 – Sistema Nervioso			
10– Corazón				22 – Reflejos			
11- Examen vascular periférico				23- Marcha y postura			
12– Tensión arterial				24 – Examen psíquico			

4) Describir en forma explícita y concreta, toda anomalía (precediendo al comentario el N° de ítem) _____

5) HALLAZGO POSITIVOS DE ELEMENTOS AUXILIARES DE DIGANOSTICO

a) Laboratorio: _____

b) Radiología: _____

c) Otros (especificar): _____

d) ADJUNTAR PROTCOLOS ORIGINALES _____

HISTORIA CLINICA

6) DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PRINCIPAL

1. _____

2. Diagnósticos adicionales: _____

2.1 _____

2.2 _____

3.1 ¿Se puede curar? SI NO

3.2 ¿Se puede mejorar? SI NO

En caso afirmativo, indique mediante que procedimiento _____

4.1 Tiempo estimado de curación: _____ días _____ meses _____ años _____.

Indeterminable _____.

4.2 Procedimientos médicos: SI NO

4.3 Procedimientos quirúrgicos: SI NO

4.4 Ambos procedimientos: SI NO

5. La enfermedad fue consecuencia de accidente de trabajo: SI NO

6. Porcentaje de incapacidad estimado %

“**ART. 295 DEL CODIGO PENAL:** sufrirá prisión de un mes a un año, el médico que diere por escrito un certificado falso, concerniente a la existencia o inexistencia, presente o pasada, de una enfermedad o lesión cuando de ello resulte perjuicio. La pena será de un año a cuatro años, si el falso certificado debiera tener por consecuencia que una persona sana fuera detenida en un manicomio, lazareto u otro hospital.”

“**ART. 296 DEL CODIGO PENAL:** El que hiciere uso de un documento o certificado falso o adulterado, será reprimido como si fuera autor de la falsedad.”

Lugar y fecha

Sello y N° de Matricula