



**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA
DIRECCION DE ADMINISTRACION**

ANALISIS CLINICOS

NOMBRE: _____

EDAD: _____ **SEXO :** _____ **EDO. CIVIL:** _____ **OCUPACIÓN:** _____

ESCOLARIDAD: _____ **RADICA:** _____

GENERAL DE ORINA: _____

QUÍMICA SANGUÍNEA: _____

CATASTRO TORÁXICO: _____

INTERROGATORIO

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS Y HABITOS _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y TRAUMATICOS _____

PADECIMIENTO ACTUAL _____

INTERROGATORIO POR APARATOS

DIGESTIVO Y ANEXOS: _____

RESPIRATORIO: _____

CARDIO VASCULAR: _____

UNITARIO: _____

GENITAL: _____

ENDOCRINO: _____

ORGANO DE LOS SENTIDOS:

NEUROS PSÍQUICOS:

SÍNTOMAS GENERALES:

TERAPEUTICA EMPLEADA:

TRATAMIENTO MEDICOS RECIBIDOS:

EXTRA O INTRA-HOSPITALARIOS

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

CERTIFICO QUE LO ANTERIOR ES EXACTO Y VERIFICO SIN OMITIR OTROS TRANSTORNOS FUNCIONALES , RELEVO AL MEDICO EXAMINADOR DEL SECRETO PROFESIONAL PARA USOS CONVENIENTES DE LA SECRETARIA

FIRMA

EXPLORACION FISICA

ESTATURA: _____ **PESO:** _____ **PULSO:** _____ **T.A.:** _____

NÚMERO DE RESPIRACIONES: _____ **TEMPERATURA:** _____

INSPECCION GENERAL:

CRANEO Y CARA:

CUELLO:

TORAX Y GLANDULAS MAMARIAS:

EXTREMIDADES:

CONCLUSION DIAGNOSTICA:

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

SELLO
