

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg IMC: \_\_\_\_\_

APP (antecedentes personales patológicos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APT (antecedentes personales tóxicos) \_\_\_\_\_

APQx (antecedentes personales quirúrgicos / traumatológicos) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Secuelas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Internaciones previas: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estudios realizados, y diagnósticos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Examen Físico: \_\_\_\_\_

T.A: \_\_\_\_\_

Piel y Faneras: \_\_\_\_\_

Ap. cardiovascular: \_\_\_\_\_

Ap. Respiratorio: \_\_\_\_\_

Ap. Digestivo: \_\_\_\_\_

Oftalmológico: \_\_\_\_\_

ORL: \_\_\_\_\_

Sistema Nervioso: \_\_\_\_\_

Sistema Osteoarticular: \_\_\_\_\_

Certifico que el niño/niña \_\_\_\_\_ NO PRESENTA enfermedad en curso al momento de la consulta.

Certifico que el niño/niña \_\_\_\_\_ PRESENTA \_\_\_\_\_ en

tratamiento con \_\_\_\_\_ al momento de la consulta.

Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Firma y Sello

