



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO  
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "LA FLOR DE LOTO"



## HISTORIA CLÍNICA

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ años HCL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_\_\_ FINANCIADOR: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ Kg.

TALLA: \_\_\_\_\_ cm T°: \_\_\_\_\_ °C SP02 \_\_\_\_\_ P/A: \_\_\_\_\_ mmhg FC: \_\_\_\_\_ X<sup>1</sup> FR \_\_\_\_\_ 1

HORA: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ TURNO: MAÑANA ( ) TARDE ( )

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

Examen Mental: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

R.P.: \_\_\_\_\_

PROX. CITA (Fecha y Hora)

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ años HCL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_\_\_ FINANCIADOR: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ Kg.

TALLA: \_\_\_\_\_ cm T°: \_\_\_\_\_ °C SP02 \_\_\_\_\_ P/A: \_\_\_\_\_ mmhg FC: \_\_\_\_\_ X<sup>1</sup> FR \_\_\_\_\_ 1

HORA: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ TURNO: MAÑANA ( ) TARDE ( )

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

Examen Mental: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

R.P.: \_\_\_\_\_

PROX. CITA (Fecha y Hora)

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO  
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "LA FLOR DE LOTO"



## HISTORIA CLÍNICA

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ años HCL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_\_\_ FINANCIADOR: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ Kg.

TALLA: \_\_\_\_\_ cm T°: \_\_\_\_\_ °C SP02 \_\_\_\_\_ P/A: \_\_\_\_\_ mmhg FC: \_\_\_\_\_ X' FR \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ TURNO: MAÑANA ( ) TARDE ( )

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

Examen Mental: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

R.P.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROX. CITA (Fecha y Hora)

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ años HCL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_\_\_ FINANCIADOR: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ Kg.

TALLA: \_\_\_\_\_ cm T°: \_\_\_\_\_ °C SP02 \_\_\_\_\_ P/A: \_\_\_\_\_ mmhg FC: \_\_\_\_\_ X' FR \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ TURNO: MAÑANA ( ) TARDE ( )

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

Examen Mental: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

R.P.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROX. CITA (Fecha y Hora)

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL