



HISTORIA CLINICA INVALIDEZ

Revisión 0 – Abril 2014
Página 1 de 11

CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES
EN CIENCIAS ECONOMICAS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
(LEY 11085)

CAMARA PRIMERA
SAN LORENZO 1849
TEL. 4593450
SANTA FE

Lugar y fecha.....
Historia clínica N°..... Expte. N°.....
Apellido..... Nombres.....
Apellido de soltera..... Doc. De Identidad.....
Estado Civil..... Nacionalidad.....
Nacido en.....el.....
Domicilio actual.....
Domicilio habitual.....

Diagnóstico.....
.....
Clasificación.....
.....

Profesión.....
Última ocupación.....
Fecha del cese.....
Características detalladas del ambiente y de las tareas que realiza o últimas que realizó ..
.....
.....
.....
.....
Años de trabajo.....



Caja de Seguridad Social

a) ANTECEDENTES HEREDITARIOS

.....
.....
.....
.....

b) ANTECEDENTES PERSONALES

1º) Enfermedades anteriores.....

.....
.....
.....

2º) Operaciones y traumatismos.....

.....
.....
.....

3º) Antecedentes generales.....

.....
.....
.....

4º) Peso actual.....Peso habitual.....

5º) Si es mujer:

a) menarca.....años-tipo.....Características.....

.....

b) Número de hijos.....vivos.....abortos.....

c) Menopausia.....años. Trastornos.....

.....
.....

6º) Otros antecedentes.....

.....



Caja de Seguridad Social

HISTORIA CLINICA INVALIDEZ

Revisión 0 – Abril 2014
Página 3 de 11

.....
.....
.....
.....

ENFERMEDAD ACTUAL

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Declaro que mis respuestas son verdaderas y completas. Autorizo a los profesionales médicos designados por la Caja de Seguridad Social para los Profesionales en Ciencias Económicas a requerir cualquier informe sobre mi verdadero estado de salud.

Designo al Dr....., domiciliado en.....de la localidad de....., para la integración de la Junta Médica prevista en el art. 47 de la ley 11.085.

.....
FIRMA DEL MEDICO

.....
FIRMA DE CONFORMIDAD



ESTADO ACTUAL

EXAMEN SOMATICO GENERAL

NORMOLINEO - BREVILINEO

Fecha.....Tipo constitucional..... LONGILINEO

(tachar lo que no corresponda) ASTENICO – ESTENICO

Peso..... Talla..... Temperatura Auxiliar.....

Aspecto general.....

Piel y Faneras.....

Tejido celular subcutáneo.....

Sistema Ganglionar.....

CABEZA

Cráneo.....

Cara.....

Visión.....

Pupilas.....

Reflejo a la luz..... a la acomodación.....

..... concensuales.....

Fosas Nasales Audición.....

Boca: mucosas..... piezas dentarias.....

..... Fauces.....

CUELLO

Inspección.....



Palpación.....
.....

TORAX

Descripción.....
.....
.....

Glándulas mamarias.....
.....
.....

APARATO RESPIRATORIO

Síntomas.....
.....
.....

Inspección.....
.....
.....

Palpación.....
.....
.....

Percusión.....
.....
.....

Auscultación.....
.....
.....

APARATO CIRCULATORIO

Síntomas.....
.....
.....

CORAZON



Inspección.....
.....
.....

Palpación.....
.....
.....

Auscultación.....
.....
.....

SISTEMA VASCULAR PERIFERICO

ARTERIAS.....
.....

Pedías.....

Pulso: frecuencia.....caracteres.....

..... x Mn.....

Presión arterial: D.: Mx.....Mn.....

VENAS:

Hay várices: SI – NO. Descripción de las mismas.....

.....

APARATO DIGESTIVO

Síntomas.....

.....

.....

ESOFAGO

Disfagia: SI – NO. Tipo.....

ABDOMEN

Inspección.....

.....

.....

Palpación.....



Caja de Seguridad Social

HISTORIA CLINICA INVALIDEZ

Revisión 0 – Abril 2014
Página 7 de 11

.....
.....
Percusión.....

HIGADO.....
.....

BAZO.....

HERNIAS: SI – NO, su descripción.....

.....
.....

APARATO URINARIO Y GENITAL

Síntomas.....

.....
.....

Examen físico.....

.....
.....

SISTEMA NERVIOSO

Síntomas.....

.....
.....

MOTILIDAD

Activa.....

.....
Pasiva.....

Fuerza.....

.....
Tono muscular.....

.....
.....



Caja de Seguridad Social

Marcha.....

SENSIBILIDAD

Superficial.....

.....
.....

Profunda.....

.....

REFLEJOS

Osteo - tendinosis.....

.....
.....

Cutáneo – mucosas.....

.....
.....

PARES CRANEANOS

.....
.....
.....

LENGUAJE

.....
.....
.....

PSIQUISMO

.....
.....
.....

SISTEMA OSTEO – ARTICULAR

.....
.....



Caja de Seguridad Social

HISTORIA CLINICA INVALIDEZ

Revisión 0 – Abril 2014
Página 11 de 11

.....
.....
.....
.....

.....

Lugar y fecha

.....

Firma del médico