

HISTORIA CLÍNICA DE TOXOCARIOSIS

Fecha:

Ficha N°:

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE			
Apellido:		Nombres:	
Fecha de Nacimiento:			Edad:
Dirección:		Pcia	Tel:
ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS			
Posee perros: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Cuántos	Edades:
Lugar de residencia hasta los 4 años de edad:			
Concurrencia frecuente a plazas y areneros SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Casa piso de tierra SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Antecedentes de otros familiares con Toxocariasis: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
ANTECEDENTES CLÍNICOS			
Tos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sibilancia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fiebre SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Alergias SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Urticaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Convulsiones SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Lesión ocular SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros:			
Ecografía de hígado lesion granulomatosa			
DATOS DE LABORATORIO			
Glóbulos blancos:		Hematocrito:	
Recuento de eosinófilos:		Isohemaglutininas:	
GOT:	GPT:	Fosfatasa alcalina:	
Ig E:	Ig A:	Ig G:	Ig M:
Otros:			
DIAGNOSTICO INMUNOLOGICO			
Técnica	Resultado	Fecha	Laboratorio

TRATAMIENTO			
Fármaco:		Dosis:	
Duración del tratamiento:			
DATOS DEL MEDICO TRATANTE			
Apellido:		Nombres:	
Establecimiento:			
Dirección:		Loc.:	CP:
Pcia.:	TE.	FAX:	

Observaciones: