

Ficha Corporal

Terapeuta

DATOS GENERALES

Nombre: _____



Correo: _____

Domicilio: _____



Teléfono: _____

Fecha

Ciudad: _____ C. C. _____

Motivo de la consulta

Expediente

Edad: _____ Estado Civil: _____

DATOS CLÍNICOS

Enf. cardíacas: ☐ SI ☐ No

Enf. renales: ☐ ☐

Enf. circulatorias: ☐ ☐

Enf. pulmonares: ☐ ☐

Enf. digestivas: ☐ ☐

Enf. hematológicas: ☐ ☐

Enf. endocrinas: ☐ ☐

Enf. neurológicas: ☐ ☐

Problemas de presión: ☐ SI ☐ No

Algún tipo de alergia: ☐ ☐

Problemas en la piel: ☐ ☐

Sufre convulsiones: ☐ ☐

Tabaco: ☐ ☐

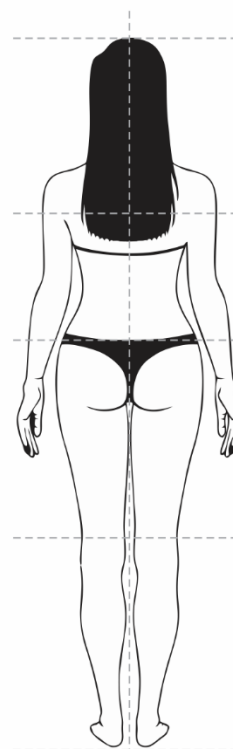
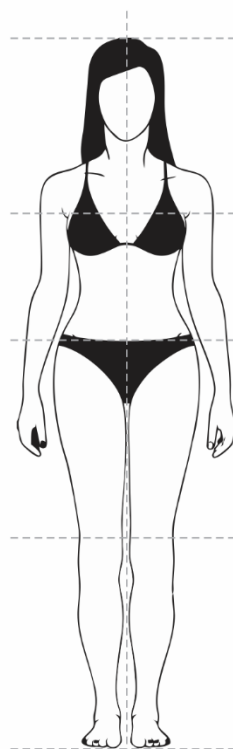
Alcohol: ☐ ☐

Drogas: ☐ ☐

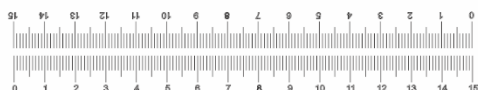
Posee marcapaso: ☐ ☐

ANATOMÍA CORPORAL

Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____



MEDIDAS CORPORALES



	Inicio	Medio	Final
Cintura	/	/	/
Pecho			
Cadera			
Abdomen			
Brazo izquierdo			
Brazo derecho			
Muslo izquierdo			
Muslo derecho			
Pantorrilla derecha			
Pantorrilla izquierda			

SESIONES PROGRAMADAS

No. 1	No. 2	No. 3	No. 4	No. 5	No. 6	No. 7	No. 8	No. 9	No. 10
FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

OBSERVACIONES GENERALES

DIAGNÓSTICO & TRATAMIENTO

PRESUPUESTO

\$