

Ficha Corporal

Terapeuta

DATOS GENERALES

Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ C. C. _____
 Edad: _____ Estado Civil: _____

Correo: _____

Teléfono: _____

Fecha
_____/_____/_____

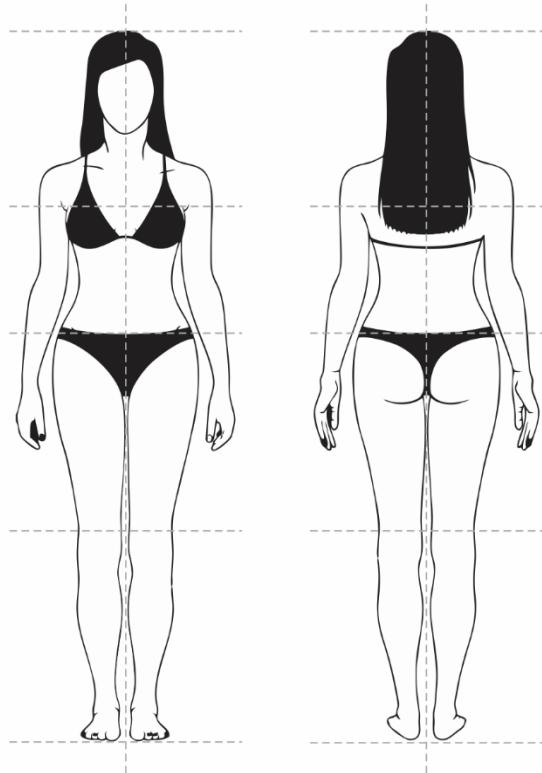
Motivo de la consulta

Expediente

DATOS CLÍNICOS

- | | Si | No | | Si | No |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enf. cardíacas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de presión: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enf. renales: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algún tipo de alergia: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enf. circulatorias: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas en la piel: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enf. pulmonares: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre convulsiones: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enf. digestivas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tabaco: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enf. hematológicas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alcohol: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enf. endocrinas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Drogas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enf. neurológicas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Posee marcapaso: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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									
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

OBSERVACIONES GENERALES

DIAGNÓSTICO & TRATAMIENTO

PRESUPUESTO

\$ _____