

HOJA DE PREINSCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO

NOMBRE DEL TERAPEUTA

CEDULA PROFESIONAL

Nombre del paciente

Edad

Sexo

Fecha

Diagnóstico

Signos vitales

Especificar

Pulso

Frecuencia cardiaca

Temperatura

T/a

Tipo de paciente

Seleccione

Hospitalizado

Externo

Tratamiento

Seleccione

Diario

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Fechas

Especificar

Fecha de inicio

Fecha de termino

Fecha de próxima cita

Mes

Especificar días

Recomendaciones



PLAN DE TRATAMIENTO

Agente Físico / Ejercicio

Especificación y Dosificación

Observaciones

