

#### HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 0100000

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-08-06

#### **DATOS DEL PACIENTE**

TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTO NÚ	DOCUMENTO NÚMERO			
CC	0100000	0100000			
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMB	RE			
CAMILO	GAMBA				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELL	LIDO			
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A	EDAD:	ESTADO CIVIL			
1994-11-26	27 AÑOS	SOLTERO			
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:	TELÉFONO:	TELÉFONO:			
CLL 57 B # 70	3138440961				
SEXO	EPS				
FEMALE	NUEVA EPS				
OCUPACIÓN DEL PACIENTE					
INDEPENDIENTE					
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO	PARENTESCO			
DIAGNOSTICO MÉDICO					

### MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

$I \wedge A \wedge A$		
IAAA		
/ W W V:		

#### **ANTECEDENTES**

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS
1	7
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
,	7
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
,	"
OTROS	
11	

## **VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA**

DOLOR: ,
EDEMA:,
MOVILIDAD ARTICULAR: ,
SENSIBILIDAD: ,
SISTEMA INTEGUMENTARIO: ,
FUERZA MUSCULAR: ,
FLEXIBILIDAD: ,

POSTURA: ,
MARCHA:,
EQUILIBRIO: ,
RIESGO DE CAIDA: ,
OTRAS VALORACIONES: ,

# **DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)**

aaa

### **OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO**

aaa

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Usuario Administrador

A

FIRMA DEL PROFESIONAL:

C.C DEL PROFESIONAL: 1122334455



#### FORMATO DE EVOLUCIÓN

	<i>F</i>	<b>*</b>
<b>HISTORIA</b>	<b>CLINICA</b>	NUMERO

128

DATOS GENERALES					
PRIMER NOMBRE: CAMILO	SEGUNDO NOMBRE: GAMBA				
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:				
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENT	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 0100000				
EDAD: 27 AÑOS EPS: NUEVA EPS					
DIAGNOSTICO MÉDICO:					
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 1 SESIONES					

EVOLUCIÓN			
sasasas	Λ		
FIRMA DEL PROFESIONAL:			

EVOLUCIÓN				
sdasa	Λ			
FIRMA DEL PROFESIONAL:				



DI ANIII I A DE	NOMBRE PACIE	CAMILO GAMBA			
PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO	IDENTIFICACION DEL PACIENTE		CC 0100000		
	N° DE SESIONES ORDENADAS		1 SESIONES		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE	USUARIO	PAGO DE DEDUCIBLE	SI	NO	VALOR
REALIZA LAS TERAPIAS	ADMINISTRAD OR		X		20

# PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
1	2021-08-06 14:37:16	05:01	01:00	
2	2021-11-04 13:12:49	02:00	13:00	A

**TOTAL SESIONES REALIZADAS:** 1 SESIONES

**OBSERVACIONES:** aaa,asasasasas,,

Usuario Administrador

X

**C.C.** 1122334455

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA