

HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 52935358

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-07-12

DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 52935358	
PRIMER NOMBRE ANDREA	SEGUNDO NOMBRE DEL PILAR	
PRIMER APELLIDO SILVA	SEGUNDO APELLIDO GIRALDO	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 1983-11-15	EDAD: 38 AÑOS	ESTADO CIVIL CASADA
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CALLE 6C NÚMERO 82A 91	TELÉFONO: 3156710759	
SEXO FEMALE	EPS SANITAS	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE EMPLEADA		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO	PARENTESCO
MÉDICO TRATANTE SANDRA RUIZ BEJARANO	DIAGNOSTICO MÉDICO CERVICALGIA	

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

.

ANTECEDENTES

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS
Niega,	Cuello ojos,
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
Niega,	Niega,
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
Diabetes,	Naproxeno,
OTROS	
No,	

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

DOLOR: Cuello y hombros escala analogía verbal 10/20,
EDEMA: No aplica,
MOVILIDAD ARTICULAR: Limitada,
SENSIBILIDAD: Conservada,
SISTEMA INTEGUMENTARIO: ,

FUERZA MUSCULAR: 3+ global,
FLEXIBILIDAD: ,
POSTURA: Antalgica,
MARCHA: No aplica,
EQUILIBRIO: Alteado,
RIESGO DE CAIDA: 1,
OTRAS VALORACIONES: ,

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

Alteración mioquinematica que altea la movilidad
--

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

Disminuir dolor Aumentar movilidad articular Disminuir espasmos Pausas activas
--

NOMBRE DEL PROFESIONAL: SANDRA RUIZ BEJARANO

FIRMA DEL PROFESIONAL:

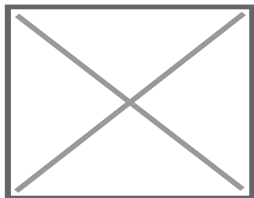
C.C DEL PROFESIONAL: 52229154



FORMATO DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 87

DATOS GENERALES	
PRIMER NOMBRE: ANDREA	SEGUNDO NOMBRE: DEL PILAR
PRIMER APELLIDO: SILVA	SEGUNDO APELLIDO: GIRALDO
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 52935358	
EDAD: 38 AÑOS	EPS: SANITAS
DIAGNOSTICO MÉDICO: CERVICALGIA	
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 10 SESIONES	



PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO	NOMBRE PACIENTE		ANDREA DEL PILAR SILVA GIRALDO		
	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CC 52935358		
	N° DE SESIONES ORDENADAS		10 SESIONES		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS	SANDRA RUIZ BEJARANO	PAGO DE DEDUCIBLE	SI	NO	VALOR
			X		105500

PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
----	-------------------	----------------	------------	--------------------

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 10 SESIONES

OBSERVACIONES:

SANDRA RUIZ BEJARANO
NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

C.C. 52229154
FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA