



HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 101325879

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-06-09

DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 101325879	
PRIMER NOMBRE PRUEBA	SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO PRUEBA HC	SEGUNDO APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 2000-06-04	EDAD: 21 AÑOS	ESTADO CIVIL SOLTERO
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CONJUNTO IMPERIAL RESERVADO	TELÉFONO: 34343897	
SEXO FEMALE	EPS SANITAS	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE ESTUDIANTE		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO 34343897	PARENTESCO MAMA
MÉDICO TRATANTE LIZ XIMENA SUAREZ PUERTA	DIAGNOSTICO MÉDICO	

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

.

ANTECEDENTES

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS
niega,	,
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
,	,
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
,	,
OTROS	
,	

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

DOLOR: ,
EDEMA: ,
MOVILIDAD ARTICULAR: ,
SENSIBILIDAD: ,

SISTEMA INTEGUMENTARIO: ,
FUERZA MUSCULAR: ,
FLEXIBILIDAD: ,
POSTURA: ,
MARCHA: ,
EQUILIBRIO: ,
RIESGO DE CAIDA: ,
OTRAS VALORACIONES: ,

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

kjhdsfghdfh

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

jdhfsdhfioufh

NOMBRE DEL PROFESIONAL: LIZ XIMENA SUAREZ PUERTA

FIRMA DEL PROFESIONAL: 

C.C DEL PROFESIONAL: 52048381



FORMATO DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO

7

DATOS GENERALES

PRIMER NOMBRE: PRUEBA

SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: PRUEBA HC

SEGUNDO APELLIDO:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 101325879

EDAD: 21 AÑOS

EPS: SANITAS

DIAGNOSTICO MÉDICO:

NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 10 SESIONES

EVOLUCIÓN

bsdlfjhsdlfhslfhjg

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

hgkjhgkjgh

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

Se realiza sesión de fisioterapia domiciliaria

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN



Hhhh

FIRMA DEL PROFESIONAL:



PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO	NOMBRE PACIENTE		PRUEBA PRUEBA HC		
	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CC 101325879		
	N° DE SESIONES ORDENADAS		10 SESIONES		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS	LIZ XIMENA SUAREZ PUERTA	PAGO DE DEDUCIBLE	SI	NO	VALOR
			X		109

PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
1	2021-06-09 17:58:23	500pm	550pm	
2	2021-06-09 18:15:42	800	850	
3	2021-06-09 18:27:58	17:50	18:26	
4	2021-06-27 12:53:35	12:53	12:53	

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 10 SESIONES

OBSERVACIONES: lakdjfskdf, kilo, LM, Hhhh,

LIZ XIMENA SUAREZ PUERTA



C.C. 52048381

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA