

## HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 1020761530

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

## DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 1020761530	
PRIMER NOMBRE CATALINA	SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO MEDINA	SEGUNDO APELLIDO BURBANO	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 1991-04-21	EDAD: 30 AÑOS	ESTADO CIVIL CASADA
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CALLE 151 # 54A 59 TORRE 1 APTO 703	TELÉFONO: 3108049274	
SEXO FEMALE	EPS SANITAS	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE ASESORA		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO 3012123759	PARENTESCO ESPOSO
MÉDICO TRATANTE BIBIANA MORALES VEGA	DIAGNOSTICO MÉDICO EPOCONDILITIS	

## MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

.

## ANTECEDENTES

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS
Ninguna,	No,
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
No,	No,
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
Diabetes,	No,
OTROS	
No,	

## VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

DOLOR: 9/10,
EDEMA: Leve,
MOVILIDAD ARTICULAR: Flexión 120 extensión -10,
SENSIBILIDAD: Parestesias nocturnas,

<b>SISTEMA INTEGUMENTARIO:</b> Sin alteraciones,
<b>FUERZA MUSCULAR:</b> 3/5 generalizada,
<b>FLEXIBILIDAD:</b> Retracción leve de flexoextensores,
<b>POSTURA:</b> No aplica,
<b>MARCHA:</b> No aplica,
<b>EQUILIBRIO:</b> No aplica,
<b>RIESGO DE CAIDA:</b> No,
<b>OTRAS VALORACIONES:</b> No,

## **DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)**

M770
------

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

Disminución del dolor, por medio de la utilización de medio físicos, rutina de fortalecimiento y estiramiento, plan casero.
---

**NOMBRE DEL PROFESIONAL:** BIBIANA MORALES VEGA

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

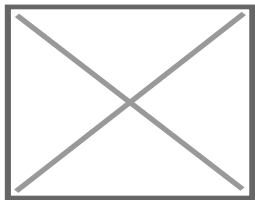
**C.C DEL PROFESIONAL:** 52208733



**FORMATO DE EVOLUCIÓN**

**HISTORIA CLÍNICA NÚMERO** 75

DATOS GENERALES	
PRIMER NOMBRE: CATALINA	SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: MEDINA	SEGUNDO APELLIDO: BURBANO
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 1020761530	
EDAD: 30 AÑOS	EPS: SANITAS
DIAGNOSTICO MÉDICO: EPOCONDILITIS	
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 10 SESIONES	



PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO	NOMBRE PACIENTE		CATALINA MEDINA BURBANO		
	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CC 1020761530		
	N° DE SESIONES ORDENADAS		10 SESIONES		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS	BIBIANA MORALES VEGA	PAGO DE DEDUCIBLE	SI	NO	VALOR
			X		350000

PLANILLA DE FIRMAS

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

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 10 SESIONES

OBSERVACIONES:

BIBIANA MORALES VEGA

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

C.C. 52208733

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA