



HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 82888888

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-06-14

DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 82888888	
PRIMER NOMBRE S	SEGUNDO NOMBRE S	
PRIMER APELLIDO S	SEGUNDO APELLIDO S	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 2016-06-14	EDAD: 5 AÑOS	ESTADO CIVIL D
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CFHHBKNBC	TELÉFONO: 6349999	
SEXO MALE	EPS H	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE HFF		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO BGTHGGYJ	PARENTESCO JHGGJJ
MÉDICO TRATANTE EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ	DIAGNOSTICO MÉDICO N	

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

.

ANTECEDENTES

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

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

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

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

-

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

Paciente con limitación para realizar sus AVD, AIVD y recreo deportivas

-

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

Disminuir dolor Mejorar RMA Mejorar fuerza Higiene postural Educación en salud
--

-

-

NOMBRE DEL PROFESIONAL: EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ

FIRMA DEL PROFESIONAL:



C.C DEL PROFESIONAL: 52976746



FORMATO DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO

9

DATOS GENERALES	
PRIMER NOMBRE: S	SEGUNDO NOMBRE: S
PRIMER APELLIDO: S	SEGUNDO APELLIDO: S
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 82888888	
EDAD: 5 AÑOS	EPS: H
DIAGNOSTICO MÉDICO: N	
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 10 SESIONES	



PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO	NOMBRE PACIENTE		S S S S		
	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CC 82888888		
	N° DE SESIONES ORDENADAS		10 SESIONES		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS	EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ	PAGO DE DEDUCIBLE	SI	NO	VALOR
			X		80000

PLANILLA DE FIRMAS

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

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 10 SESIONES

OBSERVACIONES:

EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ

C.C. 52976746

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA