

## HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 1018498433

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-07-06

## DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 1018498433	
PRIMER NOMBRE ELAM	SEGUNDO NOMBRE KALEB	
PRIMER APELLIDO VALLEJO	SEGUNDO APELLIDO MARCA	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 1999-02-27	EDAD: 22 AÑOS	ESTADO CIVIL SOLTERO
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CARRERA 110 B · 77 -15	TELÉFONO: 3163509930	
SEXO MALE	EPS FAMISANAR	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE ESTUDIANTE		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO 3023765298	PARENTESCO AMIGA
MÉDICO TRATANTE MARYORIE VANESSA GALAN CASTELLANOS	DIAGNOSTICO MÉDICO NO	

## MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

.
---

## ANTECEDENTES

<b>MÉDICO PATOLÓGICO</b>	<b>QUIRURGICOS</b>
NO REFIERE,	NO REFIERE,
<b>TRAUMÁTICOS</b>	<b>ALERGICOS</b>
NO REFIERE,	NO REFIERE,
<b>FAMILIARES</b>	<b>FARMACOLÓGICOS</b>
NO REFIERE,	NO REFIERE,
<b>OTROS</b>	

## VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

<b>DOLOR:</b> NO,
<b>EDEMA:</b> NO,
<b>MOVILIDAD ARTICULAR:</b> NO,
<b>SENSIBILIDAD:</b> NO,

SISTEMA INTEGUMENTARIO: NO,
FUERZA MUSCULAR: NO,
FLEXIBILIDAD: NO,
POSTURA: NO,
MARCHA: NO,
EQUILIBRIO: NO,
RIESGO DE CAIDA: NO,
OTRAS VALORACIONES: NO,

**DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)**

AFDLKFLSAFKASDKFFKASFKSM
--------------------------

**OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO**

AFJAJFSJDFKSJFSKJF
--------------------

**NOMBRE DEL PROFESIONAL:** MARYORIE VANESSA GALAN CASTELLANOS

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**


**C.C DEL PROFESIONAL:** 1018439801



FORMATO DE EVOLUCIÓN

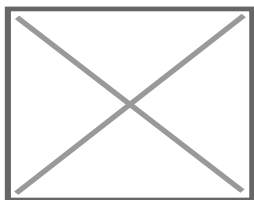
HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 73

DATOS GENERALES	
PRIMER NOMBRE: ELAM	SEGUNDO NOMBRE: KALEB
PRIMER APELLIDO: VALLEJO	SEGUNDO APELLIDO: MARCA
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 1018498433	
EDAD: 22 AÑOS	EPS: FAMISANAR
DIAGNOSTICO MÉDICO: NO	
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 10 SESIONES	

EVOLUCIÓN	
Jwkekdlwslldkfkdkdksk prueba	
FIRMA DEL PROFESIONAL:	Vanessa GalanC

EVOLUCIÓN	
KFKLFKSLKFSLSFSL	
FIRMA DEL PROFESIONAL:	Vanessa GalanC

EVOLUCIÓN	
Prueba	
FIRMA DEL PROFESIONAL:	Vanessa GalanC



<b>PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO</b>	<b>NOMBRE PACIENTE</b>		ELAM KALEB VALLEJO MARCA		
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>		CC 1018498433		
	<b>N° DE SESIONES ORDENADAS</b>		10 SESIONES		
<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS</b>	MARYORIE VANESSA GALAN CASTELLANO S	<b>PAGO DE DEDUCIBLE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>VALOR</b>
			X		0

### PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
1	2021-07-06 21:32:51	16:32	17:10	Vanessa Galan
2	2021-07-06 21:37:25	01:36	02:37	VOME
3	2021-07-06 21:55:11	16:10	16:31	Kaleb

**TOTAL SESIONES REALIZADAS:** 10 SESIONES

**OBSERVACIONES:** 2, 2, Lm2j3j3,

MARYORIE VANESSA GALAN CASTELLANOS

Vanessa Galan

**C.C.** 1018439801

**NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA**

**FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA**