



HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 0100000

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-11-04

DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 0100000	
PRIMER NOMBRE CAMILO	SEGUNDO NOMBRE GAMBA	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 1994-11-26	EDAD: 27 AÑOS	ESTADO CIVIL SOLTERO
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CLL 57 B # 70	TELÉFONO: 3138440961	
SEXO FEMALE	EPS NUEVA EPS	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE INDEPENDIENTE		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO	PARENTESCO
DIAGNOSTICO MÉDICO AAAA		

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA.

ANTECEDENTES

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS
aaa,	a,
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
a,	a,
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
,	a,,
OTROS	
,	

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

DOLOR: a,
EDEMA: a,
MOVILIDAD ARTICULAR: a,
SENSIBILIDAD: a,
SISTEMA INTEGUMENTARIO: a,
FUERZA MUSCULAR: a,

FLEXIBILIDAD: a,
POSTURA: a,
MARCHA: a,
EQUILIBRIO: aaaa,
RIESGO DE CAIDA: a,
OTRAS VALORACIONES: a,

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

aaaaaa

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Usuario Administrador



FIRMA DEL PROFESIONAL:

C.C DEL PROFESIONAL: 1122334455



FORMATO DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO

177

DATOS GENERALES

PRIMER NOMBRE: CAMILO

SEGUNDO NOMBRE: GAMBA

PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 0100000

EDAD: 27 AÑOS

EPS: NUEVA EPS

DIAGNOSTICO MÉDICO: AAAA

NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 1 SESIONES

EVOLUCIÓN

GIJKHIGIFUYGUIG

FIRMA DEL PROFESIONAL:



PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO	NOMBRE PACIENTE		CAMILO GAMBA		
	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CC 0100000		
	N° DE SESIONES ORDENADAS		1 SESIONES		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS	USUARIO ADMINISTRADOR	PAGO DE DEDUCIBLE	SI	NO	VALOR
			X		0

PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
1	2021-11-08 09:24:12	21:00	22:00	

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 1 SESIONES

OBSERVACIONES: 24654644,,

Usuario Administrador

C.C. 1122334455

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA