



## HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 79753688

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-07-16

## DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 79753688	
PRIMER NOMBRE HUGO	SEGUNDO NOMBRE ALONSO	
PRIMER APELLIDO BERNAL	SEGUNDO APELLIDO TIBAQUIRA	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 1974-05-26	EDAD: 47 AÑOS	ESTADO CIVIL U LIBRE
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: TRANS 70 N°MERO 67 B 80 SUR	TELÉFONO: 3057131126	
SEXO MALE	EPS COMPENSAR	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE DISEÑO GRÁFICO		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO	PARENTESCO
MÉDICO TRATANTE SANDRA RUIZ BEJARANO	DIAGNOSTICO MÉDICO M751	

## MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

.
---

## ANTECEDENTES

<b>MÉDICO PATOLÓGICO</b>	<b>QUIRURGICOS</b>
Niega,	Varicocele,
<b>TRAUMÁTICOS</b>	<b>ALERGICOS</b>
Niega,	Niega,
<b>FAMILIARES</b>	<b>FARMACOLÓGICOS</b>
,	Niega,,
<b>OTROS</b>	
,	

## VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

<b>DOLOR:</b> Escala analógica verbal 7/10,
<b>EDEMA:</b> Mideado,
<b>MOVILIDAD ARTICULAR:</b> Limitada,
<b>SENSIBILIDAD:</b> Conservada,
<b>SISTEMA INTEGUMENTARIO:</b> ,

<b>FUERZA MUSCULAR:</b> 3+ global,
<b>FLEXIBILIDAD:</b> ,
<b>POSTURA:</b> No aplica,
<b>MARCHA:</b> No aplica,
<b>EQUILIBRIO:</b> No aplica,
<b>RIESGO DE CAIDA:</b> 1,
<b>OTRAS VALORACIONES:</b> No,

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

Alteración mioquinematica que limita la movilidad
---

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

Disminuir dolor Aumentar movilidad Disminuir edema
--

**NOMBRE DEL PROFESIONAL:** SANDRA RUIZ BEJARANO

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

**C.C DEL PROFESIONAL:** 52229154



## FORMATO DE EVOLUCIÓN

**HISTORIA CLÍNICA NÚMERO**

97

DATOS GENERALES	
PRIMER NOMBRE: HUGO	SEGUNDO NOMBRE: ALONSO
PRIMER APELLIDO: BERNAL	SEGUNDO APELLIDO: TIBAQUIRA
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 79753688	
EDAD: 47 AÑOS	EPS: COMPENSAR
DIAGNOSTICO MÉDICO: M751	
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 15 SESIONES	



<b>PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO</b>	<b>NOMBRE PACIENTE</b>		HUGO ALONSO BERNAL TIBAQUIRA		
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>		CC 79753688		
	<b>N° DE SESIONES ORDENADAS</b>		15 SESIONES		
<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS</b>	SANDRA RUIZ BEJARANO	<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
----	-------------------	----------------	------------	--------------------

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 15 SESIONES

OBSERVACIONES: ,

SANDRA RUIZ BEJARANO  
NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

C.C. 52229154  
FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA