

HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 0100000

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-07-15

DATOS DEL PACIENTE

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

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

•		

ANTECEDENTES

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS		
1	1		
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS		
1	1		
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS		
,	1		
OTROS			
1			

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

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

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

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

-

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Usuario Administrador

FIRMA DEL PROFESIONAL:

C.C DEL PROFESIONAL: 1122334455



FORMATO DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 98

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:				
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 2 SESIONES				

EVOLUCIÓN		
qqqqqq		
FIRMA DEL PROFESIONAL:		



DI ANIII I A DE	NOMBRE PACIENTE		CAMILO GAMBA		
PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CC 0100000		
	N° DE SESIONES ORDENADAS		2 SESIONES		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE	USUARIO	PAGO DE DEDUCIBLE	SI	NO	VALOR
REALIZA LAS TERAPIAS	ADMINISTRAD OR		X		10000

PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
1	2021-07-15 00:27:43	11:58	11:59	4

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 2 SESIONES

OBSERVACIONES: qqq,

Usuario Administrador

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

C.C. 1122334455

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA