

## Clínica Integral Universitaria

# Expediente Clínico

<b>Tipo</b>	Establecimiento para la prestación de servicios de salud (Primer nivel)
<b>Nombre</b>	Clínica Integral Universitaria
<b>Domicilio</b>	Avenida Central casi Esquina Leona Vicario, Colonia Valle de Anáhuac, Código Postal 55210, Ecatepec Estado de México

<b>Nombre del paciente:</b>	
<b>Domicilio:</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>Número de Expediente:</b>	





# Universidad Estatal del Valle de Ecatepec

## Clínica Integral Universitaria

**Nombre de la Institución:** Universidad Estatal del Valle de Ecatepec

**Nombre del Establecimiento:** Clínica Integral Universitaria

**Lugar:** Avenida Hank González casi con esquina Leona Vicario, Colonia Valle de Anáhuac, Código Postal 55210, Ecatepec Estado de México

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, notifico que se me ha informado a detalle de todos los procedimientos y tratamientos que son necesarios que se me realicen en la Clínica Integral Universitaria de esta institución motivo por el cual estoy de acuerdo y acepto que se me apliquen dichos tratamientos y procedimientos; asumiendo mi responsabilidad como paciente de seguir todas y cada una de las indicaciones que me dé el personal profesional de la clínica, comprometiéndome a acudir a todas las citas que se me asignen dentro de la misma institución.

También he sido informado que conservo todos y cada uno de mis derechos personales motivo por el cual tengo la libertad de retirarme de la clínica en el momento que así lo desee, quedando liberado (a) de toda responsabilidad de la Clínica Integral Universitaria de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, del estado de salud del (la) suscrito (a) desde el momento en que deje de acudir a la misma o desde que interrumpa voluntariamente mi tratamiento, sin que esto afecte mi derecho de atención en el momento en que decida regresar a la referida clínica en caso de ameritarlo.

Se me ha explicado que durante el periodo de tiempo del tratamiento podrá ser atendido por diferentes personas y que en apoyo a las actividades de enseñanza existe la posibilidad de que parte de la información contenida en mi expediente podrá ser utilizado con dicho fin de acuerdo a lo establecido con los lineamientos bio-éticos establecidos para estos casos.

ATENTAMENTE

---

Nombre y firma del paciente

---

Nombre y firma del tratante

---

Nombre y firma del testigo

---

Nombre y firma de quien autoriza





# Universidad Estatal del Valle de Ecatepec

## Clínica Integral Universitaria

### Historia Clínica

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha:	Hora:	Número de recibo:	Número de expediente:
Nombre:	Género: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		
Domicilio:	Teléfono(s):		
Edad: años	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	
Religión:	Escolaridad:	Ocupación:	Tiempo:

#### HEREDO FAMILIARES

(Diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, neoplasias, obesidad, malformaciones congénitas, tuberculosis pulmonar, alergias, otras)

	Si	No	Observaciones
Madre			
Padre			
Abuelo materno			
Abuelo paterno			
Abuela materna			
Abuela paterna			
Tíos			
Hermanos			

#### PERSONALES NO PATOLÓGICOS

CONCEPTO	Observaciones				
Dieta	Mala	Regular	Buena	No. comidas/día:	
Higiene personal	Siempre	A veces	Nunca	No. cigarrillos/día:	
Vivienda	Mala	Regular	Buena	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada	
Fauna	Gatos	Perros	Aves	Otros:	
Vacunación	Completo	Incompleto	Otras	Faltantes:	

A  
N  
T  
E  
C  
E  
D  
E  
N  
T  
E  
S  
Actividad física: Frecuencia:

#### PERSONALES PATOLÓGICOS

	Si	No	Observaciones
Médicos			
Quirúrgicos			
Fracturas			
Tabaquismo			
Alcoholismo			
Alérgicos			
Transfusiones			
Enfermedades exantémicas			
Accidentes			
Otros			



**Universidad Estatal del Valle de Ecatepec  
Clínica Integral Universitaria**

Historia Clínica



# Universidad Estatal del Valle de Ecatepec

## Clínica Integral Universitaria

### Historia Clínica

Nombre:

Fecha:

**RESULTADO DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO PRACTICADOS PREVIAMENTE:**

**TERAPÉUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS:**

Peso	Talla	Frecuencia cardíaca	Tensión arterial	Temperatura	Frecuencia respiratoria
Kg	m	/min	/ mmHg	°C	/min

E  
X  
P  
L  
O  
R  
A  
C  
I  
ÓN  
  
F  
Í  
S  
I  
C  
A

Sistema nervioso:

Sistema cardio-respiratorio:

Sistema digestivo:

Sistema genito-urinario:

Sistema osteomioarticular

1) Columna vertebral:

2) Extremidades:

Otros:



# Universidad Estatal del Valle de Ecatepec

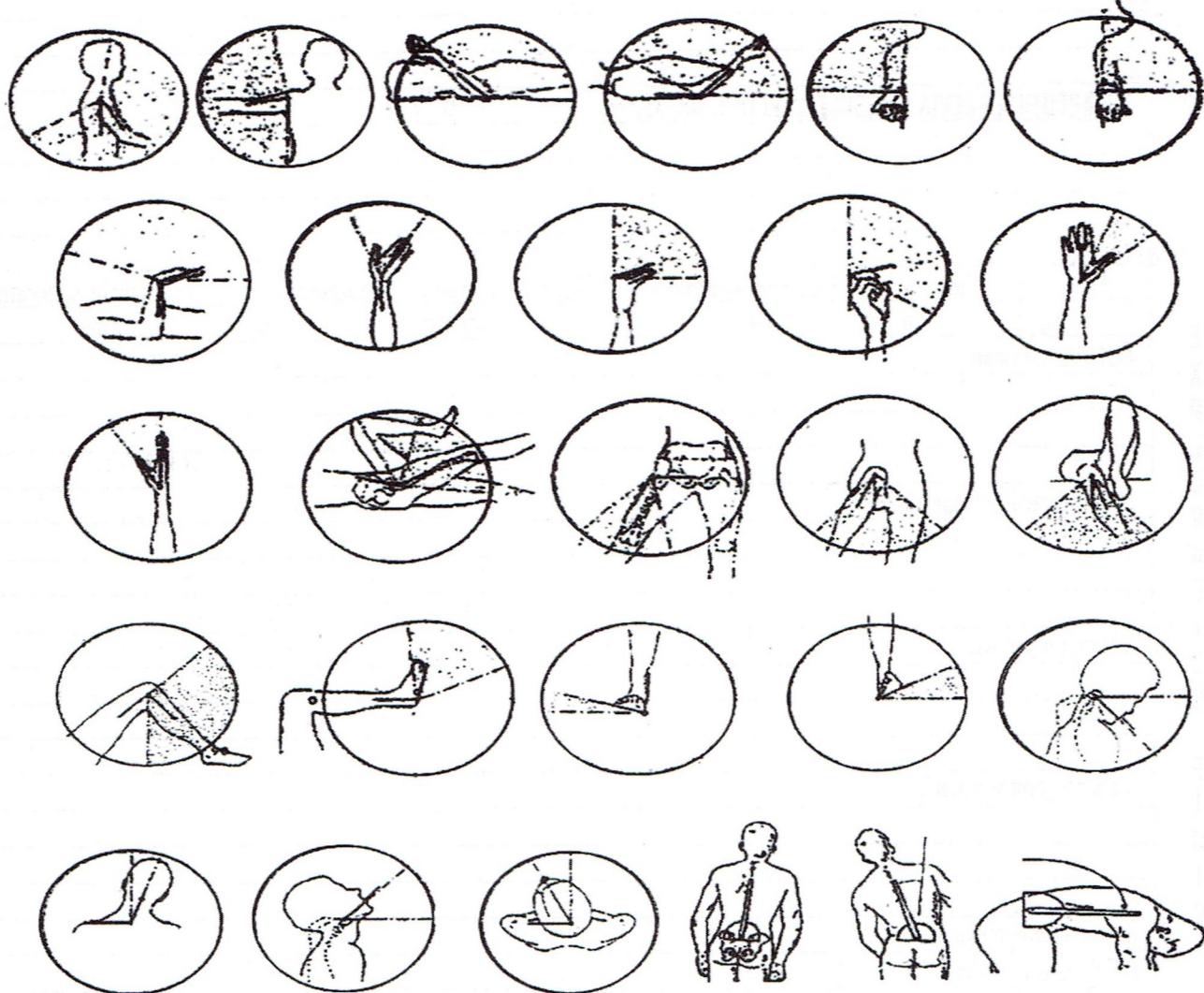
## Clínica Integral Universitaria

Nombre:

Fecha:

### RANGOS DE MOVIMIENTO

E  
X  
P  
L  
O  
R  
A  
C  
I  
Ó  
N  
F  
Í  
S  
I  
C  
A



Observaciones



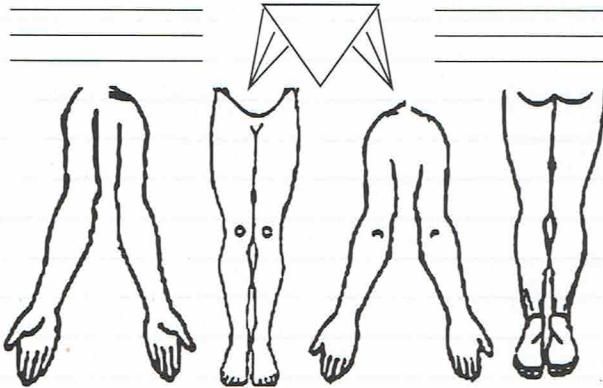
# Universidad Estatal del Valle de Ecatepec

## Clínica Integral Universitaria

### Quiropráctica

Nombre:

Fecha:

MARCHA (DESCRIPCIÓN)		VISTA ANTERIOR	VISTA(S) LATERAL(ES)	VISTA POSTERIOR
<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Dependiente:			
Claudicante:	<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo			
Tipo:				
Fases:				
Posición de pies en bipedestación:				
HALLAZGOS RELACIONADOS CON LA SUBLUXACIÓN VERTEBRAL				
EXPLORACIÓN FÍSICA	IZQUIERDO	DERECHO	CLAVES	
	occ		● Dolor	III: Cordones miofacial
	c1		⊗ Punto gatillo	A: Anterioridad
	c2		☒ Espasmo muscular	P: Posterioridad
	c3		R : Restricción	HH : Hipermovilidad
	c4		C : Compensación	hh: hipomovilidad
	c5		D : Edema	
	c6		Mal posiciones vertebrales	
	c7		▼ : Rotación de apófisis espinosa a la derecha	
	t1		▼ : Rotación de apófisis espinosa a la izquierda	
	t2		↖ : Flexión lateral derecha	
	t3		↖ : Flexión lateral izquierda	
	t4		Observaciones	
	t5			
	t6			
t7				
t8				
t9				
t10				
t11				
t12				
l1				
l2				
l3				
l4				
l5				
				



# Universidad Estatal del Valle de Ecatepec

## Clínica Integral Universitaria

### Quiropráctica

GANGLIOS / PULSOS	Izquierdo	Derecho	ARCOS COSTALES			
Occipital superior			Schepelmann			
Cervical superior			Compresión costal			
Cervical medial						
Cervical inferior						
Carotideo	/min	/min				
Radial	/min	/min				
Cubital	/min	/min				
EXAMEN VERTEBROBASILAR						
E	+	-	Observaciones	+	-	Observaciones
X			Romberg			
P			Latencia			
L			Nistagmo			
O	PRUEBAS ORTOPÉDICAS					
R	PRUEBA	+ Neutral	-	Observaciones y otras pruebas		
A	Triada de Dejerine					
C	Bakody					
I	Kernig					
N	Adam					
F	Percusión espinal					
I	Bechterew					
S	Milgram					
C	Compresión de Jackson					
A	Compresión foraminal máxima					
	Distracción					
	Spurling					
PRUEBA	+ Izquierdo	-	+ Derecho	-		
Adson						
Depresión de hombro						
Kemp						
SLR						
Bragard						
Gaenslen						
Patrick-Fabere						
Ely						
Yeoman						
Hibb						
Maniobras de D' Donoghue						
Roos						
Wright						



# Universidad Estatal del Valle de Ecatepec

## Clínica Integral Universitaria

### Quiropráctica

Nombre:

Fecha:

#### REFLEJOS OSTEO-TENDINOSOS

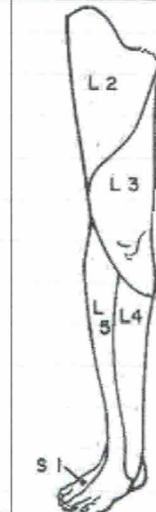
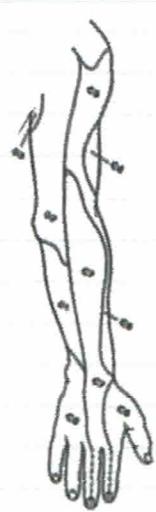
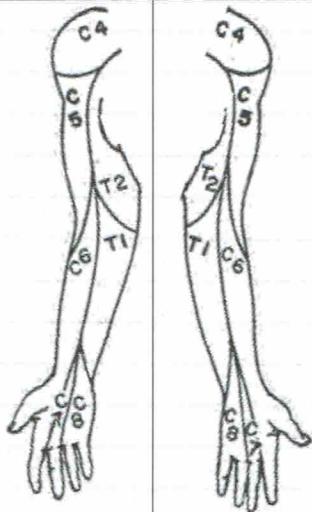
(0 = ausente, 1 = hipoactivo, 2 = normal, 3 = hiperactivo, 4 = hiperactivo con clono, 5 = hiperactivo con clono sostenido)

Reflejo	Izquierdo	Derecho	Reflejo	Izquierdo	Derecho
Bíceps C5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	Patellar L4	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Braquiorradial C6	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	Semitendinoso L5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Tríceps C7	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	Aquileo SI	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

#### DERMATOMOS

(H = hiperestesia, h = hipostenesia, // = anestesia, d = disestesia, N = normal)

E  
X  
P  
L  
O  
R  
A  
C  
I  
ÓN



Anterior

Posterior

Anterior

Posterior

#### FUERZA MUSCULAR

F  
Í  
S  
I  
C  
A

(0 = no contracción, 1 = contracción con movimiento, 2 = movimiento sin gravedad, 3 = movimiento con gravedad, 4 = movimiento con resistencia, 5 = movimiento con fuerza máxima)

MÚSCULO(S)	Izquierdo	Derecho	MÚSCULO(S)	Neutral
Flexión lateral cervical	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	Flexión cervical	0 1 2 3 4 5
Flexión lateral dorso-lumbar	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	Flexión dorso-lumbar	0 1 2 3 4 5
Deltaoides	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	Extensión cervical	0 1 2 3 4 5
Bíceps	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	Extensión dorso-lumbar	0 1 2 3 4 5
Tríceps	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	Observaciones	
Flexores de la muñeca	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
Extensores de la muñeca	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
Extensores de los dedos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
Flexores de los dedos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
Cuadriceps	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
Hamstring	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
Tibial anterior	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
Tibial posterior	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
Dorsiflexión	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
Planta flexores	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		



**Universidad Estatal del Valle de Ecatepec  
Clínica Integral Universitaria**

## Quiropráctica



# Universidad Estatal del Valle de Ecatepec

## Clínica Integral Universitaria

### Quiropráctica

Nombre:

Fecha:

PRUEBA	PRUEBAS ORTOPEDICAS					Observaciones y otras pruebas
	+ Izquierdo -	+ Derecho -				
Calloway						
Dugas						
Aprensión de hombro						
Rascado de Apley						
Signo de Codman						
Abbott-Saunders						
Cozen						
Codo de golfista						
Tinel						
E Inestabilidad ligamentaria codo						
X Allen (vascular)						
P Phalen						
L Finkelstein						
D Bunnel- Littler						
FUERZA MUSCULAR						
(0 = no contracción, 1 = contracción con movimiento, 2 = movimiento sin gravedad, 3 = movimiento con gravedad, 4 = movimiento con resistencia, 5 = movimiento con fuerza normal)						
MÚSCULO(S)	Izquierdo	Derecho	Observaciones			
Abducción de hombro	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Flexión de codo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Extensión de codo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Flexión de carpo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Abducción de carpo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Flexión de dígitos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Extensión del pulgar	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Flexión del pulgar	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Abducción de los dedos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Aducción de los dedos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Oposición del pulgar	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Oposición del meñique	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Pronación del antebrazo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Supinación del antebrazo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Pectoral Mayor	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Pectoral menor	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Redondo Mayor	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Redondo menor	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Subescapular	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Infraespinoso	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				
Trapecio	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5				



# Universidad Estatal del Valle de Ecatepec

## Clínica Integral Universitaria

### Quiropráctica

Nombre:

Fecha:

#### PRUEBAS ORTOPEDICAS

PRUEBA	+ Izquierdo -	+ Derecho -	Observaciones y otras pruebas
C A D E R A	Ortolani		
R A	Barlow		
E	Allis Galeazzi		
R	Thomas		
A	Trendelenburg		
G	Grinding patella		
R	Clarke		
M	McMurray		
C D	Compresión de Apley		
E D	Distracción de Apley		
X I	Cajón anterior		
P L	Cajón posterior		
O L	Estrés en varo		
R A	Estrés en valgo		
W	Wilson		
S C	Simmond		
I B	Estrés en valgo		
O I	Estrés en varo		
N L	Homans		
M O	Morton		
F C	Compresión de Noble		
S I	Mannkopf		

#### FUERZA MUSCULAR

(0 = no contracción, 1 = contracción con movimiento, 2 = movimiento sin gravedad, 3 = movimiento con gravedad, 4 = movimiento con resistencia, 5 = movimiento con fuerza normal)

	Izquierdo	Derecho	Observaciones
Flexores de cadera	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Extensores de cadera	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Rotadores internos de cadera	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Rotadores externos de cadera	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Abductores de cadera	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Aductores de la cadera	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Flexores de la rodilla	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Extensores de la rodilla	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Plantaflexores del tobillo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Dorsiflexores del tobillo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Flexores de los dedos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Flexor del dedo gordo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	



**Universidad Estatal del Valle de Ecatepec  
Clínica Integral Universitaria**

## NOTA DE EVOLUCIÓN

Nombre:

Número de expediente:



# **Universidad Estatal del Valle de Ecatepec**

## **Clínica Integral Universitaria**

## NOTA DE EVOLUCIÓN

Nombre:

Número de expediente:



# **Universidad Estatal del Valle de Ecatepec**

## **Clínica Integral Universitaria**

## INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA



SOLICITANTE (NOMBRE Y FIRMA)

V.O.B.O. DEL COORDINADOR

SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOLOGICO	
SERVICIO	
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (APELIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE)	
SEXO	EDAD
F	M
DATOS CLINICOS O DIAGNOSTICO PROBABLE (A LLENAR POR EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO O SERVICIO)	



CLINICA INTEGRAL UNIVERSITARIA  
UNIVERSIDAD ESTATAL DEL VALLE DE ECATEPEC

ESTADO DE MÉXICO  
GOBIERNO DEL





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

UNIVERSIDAD ESTATAL DEL VALLE DE ECATEPEC  
CLÍNICA INTEGRAL UNIVERSITARIA



FECHA		

**SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOLOGICO**

SERVICIO				
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO,MATERO,NOMBRE)		EDAD	SEXO	No DE EXP
			F	M
DATOS CLÍNICOS O DIAGNÓSTICO PROBABLE (A LLENAR POR EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO O SERVICIO)				

SOLICITANTE (NOMBRE Y FIRMA)

Vo.Bo. DEL COORDINADOR