

HISTORIA CLÍNICA

Datos del Paciente		Terapeuta	
Nombre: -	Sexo: -	-	-
Domicilio: -	Edad: -	Expediente #	Fecha
Teléfono: -	E. Civil: -	-	- / - / -
Ocupación: -	Escolaridad: -	-	-

Exploración Física	Motivo de la Consulta	Tratamientos Previos
Peso: - Talla: - Estatura: - (IMC): -	-	-

Antecedentes Patológicos y Heredofamiliares					
Si No Especifique Diabetes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Alergia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - HTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Cáncer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Transfusiones: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	Si No Especifique Enf. Reumáticas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Encarnes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Accidentes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Cardiopatías: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Cirugías: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	Si No Especifique Fracturas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Signos Vitales: T/A - TEMP. - FC - FR - Espasmos o Contracción Muscular Si No Sitio/Características <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -			

Hábitos de Salud			En Mujeres: Estado de Ingravidez		
Si No Especifique Tabaquismo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Alcoholismo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Drogas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	Si No Especifique Actividad Física: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Se Automedica: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Pasatiempo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	Si No Especifique Esta embarazada: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Cuantos hijos tiene: -			

Diagnóstico Médico en Rehabilitación				Cicatriz Quirúrgica		
Reflejos	Sensibilidad	Lenguaje/Orientación	Otros	Sitio	Queloides	Retractable
-	-	-	-	-	-	-
				Abierta	Con Adherencia	Hipertrófica
-	-	-	-	-	-	-

Traslados					Marcha / Deambulación		
Val. Inicial	Independiente	Silla de Ruedas	Con Ayudas	Camillas	Libre: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No	Observaciones
-	-	-	-	-	Espásticas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-	-
Val. Final	Independiente	Silla de Ruedas	Con Ayudas	Camillas	Claudicante: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No	-
-	-	-	-	-	Atáxica: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-	-
					Otros: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-	-

Escala del Dolor										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin Dolor		Poco Dolor		Dolor Moderado		Dolor Fuerte		Dolor Muy Fuerte		Dolor Insoportable



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN.

Tratamiento de la persona para evaluar, impedir, corregir, aliviar y limitar o disminuir la incapacidad física, alteración del movimiento, funcionalidad y postura, así como el dolor que se deriven de los desórdenes congénitos y de las condiciones del envejecimiento, lesión o enfermedad (daño o procedimiento quirúrgico).

Con el objetivo principal de recuperar la funcionalidad producida por la lesión, así como, la disminución o eliminación del dolor.

Dentro de la *Clínica REHAB* nuestros terapeutas están altamente capacitados para utilizar distintas alternativas terapéuticas no invasivas y mínimamente invasivas como las que se describen a continuación:

- **Cinesiterapia:** se define como el conjunto de procedimientos mediante el movimiento, ya sean activos, pasivos o mediante algún medio externo
- **Masaje/masoterapia:** se define como el conjunto de manipulaciones sobre una parte o totalidad del organismo, con el objeto de movilizar los tejidos para provocar en el organismo modificaciones.
- **Terapia manual ortopédica:** incluye técnicas para el alivio de los síntomas, técnicas de movilización articular, técnicas de movilización de tejidos blandos con el fin de recuperar la funcionalidad.
- **Electroterapia:** se define como el tratamiento de determinadas enfermedades mediante la electricidad o de las radiaciones electromagnéticas (magnetoterapia) sobre el organismo para mejorar el estado de los tejidos (efectos tróficos), para aliviar el dolor (efecto analgésico), y ayudar a la recuperación motora (efecto exitomotor).
- **Ondas de choque:** se define como ondas de presión que se generan de una forma rápida, las cuales llevan energía a los tejidos blandos promoviendo su reparación y regeneración.
- **Terapia manual instrumentada:** son técnicas específicas para el tratamiento del dolor y otros síntomas de disfunción neuro-musculo-esquelética de la columna vertebral y de las extremidades, que se caracterizan por ser aplicadas de forma instrumental. Tienen como principales objetivos recuperar el movimiento, aliviar el dolor articular y de forma inmediata mejorar la funcionalidad del individuo.
- **Vendaje neuro muscular:** se utilizan para solucionar problemas y dolores musculoesqueléticos sin restringir los movimientos de estos como ocurre en cierto tipo de vendajes. La técnica consiste en la aplicación de cintas adhesivas elásticas especiales sobre la zona afectada con el objetivo de no limitar el movimiento y eliminar dolores o problemas musculares.

Técnicas mínimamente invasivas:

- **Punción seca:** es una técnica la cual consiste en una punción (piquete) del musculo (en la banda tensa con una aguja de acupuntura estéril de punción con el objetivo de disminuir de forma inmediata el dolor.
- **EPTe (electrolisis percutánea terapéutica):** consiste en la aplicación de microcorrientes a través de una aguja de acupuntura, accede al tejido blando dañado e induce así su autorrecuperación.

Efectos secundarios.

La fisioterapia tiene muy pocos riesgos, pero es importante resaltar que durante y después del tratamiento principalmente en las primeras sesiones de terapia usted puede tener dolor, irritación en la piel (enrojecimiento), reacciones alérgicas, inflamación, hematomas (moretones), fiebre, dolor de garganta, mareo, disminución de la movilidad, los cuales suelen ser normales, ya que algunos son efectos que están enfocados para ayudar a la recuperación, por lo que es importante mencionarlo que no debe tomar ningún medicamento para disminuir estos síntomas.

Consideraciones generales de los tratamientos.

El paciente está obligado a revelar todos los datos médicos personales para la buena elección de la técnica por parte del fisioterapeuta, y sería conveniente que expresara sus problemas emocionales para la correcta elaboración del juicio diagnóstico. Durante la exploración y el tratamiento es necesario que el paciente descubra las zonas del cuerpo oportunas para la ejecución de este. Si este es mediante técnicas manuales sobre estas zonas se realizarán contactos directos sobre la piel con la mano del paciente con el fin de realizar las técnicas adecuadas para su mejoría.

Yo _____

siendo las _____ del _____ de _____ del _____
(hora) (día) (mes) (año)

He leído la información que ha sido explicada en cuanto al consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi examen, valoración y tratamiento. Autorizo voluntariamente al fisioterapeuta _____ que me aplique el tratamiento que se me ha explicado de forma suficiente y comprensible.

Entiendo que tengo el derecho de reusar parte o todo el tratamiento en cualquier momento.

Entiendo mi plan de tratamiento y consiento en ser tratado y entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento del tratamiento.

Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a los tratamientos que se me van a realizar. Así mismo decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad libre, voluntario y consiente a los tratamientos que se me han informado.

Firma del paciente

Firma del testigo o familiar

Fisioterapeuta _____ de la *Clínica REHAB*, declaro haber facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la realización de los tratamientos explicados en el presente documento y declaro haber confirmado, inmediatamente antes de la aplicación de la técnica, así como haber tomado todas las precauciones necesarias para que la aplicación de los tratamientos sea correcta.

Firma del fisioterapeuta

Firma de autorización
Directora general