|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Fecha Atención:**

**NOMBRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NUMERO DE IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EDAD \_\_\_\_**

**ENTIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MODALIDAD: VIRTUAL**

**PRESENCIAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Fecha AT:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Fecha EP:**

**Servicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **SINIESTRO Y FECHA DEL ACCIDENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **ENFERMEDAD ACTUAL:**
4. **ANTECEDENTES :**
5. **EXAMEN FISICO:**

**INSPECCION:**

**PALPACION:**

**SENSIBILIDAD:**

**FLEXIBILIDAD:**

**AMA:**

**FUERZA:**

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

**DOMINANCIA/FUNCIONALIDAD:**

**DESCRIPCION DE LA TAREA:**

**Jornada laboral:**

**Tiempo de exposición:**

**Tipo de actividad:**

**Ángulos funcionales de movimiento:**

1. **PLAN/OBJETIVOS:**