

HISTORIAL CLÍNICO

Datos del Paciente

Nombre	<div></div>	Fecha	<div></div>
Edad	<div></div>	Cita	<div></div>
Teléfono	<div></div>	Recomendación	<div></div>

Exploración Física

Padecimiento Actual

Peso	<div></div>	<div></div>
Estatura	<div></div>	

Tratamiento Previo

Tratamiento Restaurativo

	Si	No	Especifique	<div></div>
Terapia Física	<div></div>	<div></div>	<div></div>	
Yoga	<div></div>	<div></div>	<div></div>	

Antecedentes Patológicos

	Si	No	Especifique	SI	NO	Especifique
Diabetes	<div></div>	<div></div>	<div></div>	Cardiopatías	<div></div>	<div></div>
HTA	<div></div>	<div></div>	<div></div>	Accidentes	<div></div>	<div></div>
E.Autoinmune	<div></div>	<div></div>	<div></div>	Cirugías	<div></div>	<div></div>
Asma	<div></div>	<div></div>	<div></div>	Fracturas	<div></div>	<div></div>
Alergias	<div></div>	<div></div>	<div></div>	Discapacidad	<div></div>	<div></div>
Osteoporosis	<div></div>	<div></div>	<div></div>	Cáncer	<div></div>	<div></div>
familiar con mismo padecimiento	<div></div>	<div></div>	<div></div>	Insuficiencia Renal	<div></div>	<div></div>

Habitos de Salud

	Si	No	Especifique	<div></div>
Actividad Física	<div></div>	<div></div>	<div></div>	
	<div></div>	<div></div>	<div></div>	
	<div></div>	<div></div>	<div></div>	

Sintomatología

	Si	No	Tipo	Frecuencia		<div></div>	
Dolor	<div></div>	<div></div>	Ardor	<div></div>	Diurno		<div></div>
Inflamación	<div></div>	<div></div>	Punzante	<div></div>	Nocturno		<div></div>
Adormecimiento	<div></div>	<div></div>	Irradiado	<div></div>	Difuso		<div></div>
Hormigueo	<div></div>	<div></div>					

Diagnóstico previo

1 _____
2 _____
3 _____

Médicos tratantes

1 _____
2 _____
3 _____

Estudios realizados

	Si	No
Rm		
Rx		
Us		
Laboratorio		
Densitometria		

Nivel del dolor

0	1-3	4-6	7-8	9-10
No Dolor	Leve	Moderado	Severo	Insoportable