

Historia Clínica

Folio: _____

Fecha ____/____/____

| Ficha clínica

Nombre: _____
Religión: _____ Edo. Civil: _____
Escolaridad: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Ocupación: _____
Domicilio: _____ Edad: _____
Tel: _____ Cel: _____ Sexo: _____

Motivo de consulta

Antecedentes heredo familiares

Padre _____ Madre _____
Otros _____
Hipertensión Arterial _____ Diabetes _____
Cancer _____ Tipo _____
Cardiopatías _____ Nefropatías _____
Malformaciones _____

Antecedentes No patológicos

Lateralidad _____ Alimentación _____
Vivienda _____ AVDH _____
Tabaquismo _____ X día. Años de consumo _____ Exfumador () Tab. Pasivo ()
Alcohol _____ X semana. Años de consumo _____ ocasional () Ex alcohólico ()
Toxicomanías _____
Otros _____

Antecedentes personales patológicos

Enfermedades crónico-degenerativas _____
Hospitalizaciones previas () _____
Cirugías () _____
Fracturas () _____
Medicamentos _____

Antecedentes Gineco-obstetricos

Menarca _____ Fecha ultima de menstruación ____/____/____
G ____ P ____ A ____ C ____ Complicaciones _____

Historia Clínica

Antecedentes perinatales y posnatales

Desarrollo Psicomotor

Motor Fino:

Motor Grueso:

Lenguaje:

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Respiratorio/Cardiovascular

Digestivo

Endocrino

Reumatológico

Genito/Urinario

Hematopoyético/Linfático

Piel/Anexos

Neurológico

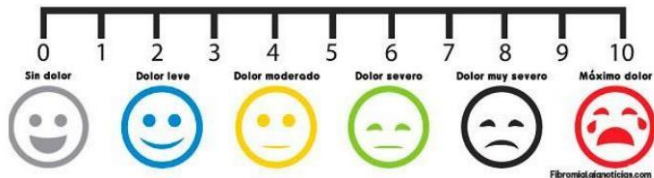
Musculo-esquelético

Principio y evolución del padecimiento

Exploración física

Peso: _____ Talla: _____ TA: _____ FC: _____ FR: _____ x min.

Escala del dolor (EVA): _____



Coloración de Piel: _____

Proceso de inflamación: Agudo _____ días Crónico _____ meses

Historia Clínica

Área o áreas afectadas

(Cara) (Cuello) (Columna Torácica) (Lumbares) (Abdominales) (Hombro) (Codo)
(Mano-Muñeca) (Cadera) (Rodilla) (Tobillo-Pie)

Lado afectado

(Derecho) (Izquierdo) (Ambos)

Fuerza en escala de Daniels

0	Ausencia de contracción
1	Vestigios de contracción
2	Movimiento a favor de la gravedad
3	Movimiento contra gravedad sin resistencia
4	Movimiento débil contra gravedad con resistencia
5	Normal movimiento con total resistencia

Rango de movimiento

	Izquierdo		Derecho	
Flexión y Extensión				
ABD y ADD				
Rotación Externa e interna				
Prono-supinación				

Observaciones

Historia Clínica

Consentimiento informado

Yo _____

Con fecha de _____ del mes de _____ del año _____

Fui informado (a) acerca de mi diagnóstico, me explicaron y entendí las causas de mi padecimiento, así como el pronóstico de mi rehabilitación; motivo por el cual acepto mi tratamiento de fisioterapia bajo las normas oficiales de este centro de terapia física, SANATI Fisioterapia.

Me explicaron y entendí el tratamiento al que voy a ser sometido (a) con distintas modalidades de medicina física y rehabilitación, así como sus posibles efectos secundarios y contraindicaciones las cuales negué tener. Se usarán distintos medios físicos como: compresa húmedo caliente, compresa fría, focos infrarrojos, parafina, ultrasonido, ondas de choque láser, diatermia de microondas, electroterapia, hidroterapia, además de la realización de ejercicio terapéutico, mecanoterapia, estiramientos, técnicas de liberación de punto gatillo, técnicas neurológicas para mi recuperación.

Autorizo a los centros de rehabilitación física, **SANATI Fisioterapia** y a **Acuática Azul rehabilitación y enseñanza** y a su personal se me aplique el tratamiento indicado para mi rehabilitación y recuperación.

Firma del paciente

Nombre y firma de testigo

Nombre y Firma del terapeuta