**FICHA DE EVALUACIÓN KINÉSICA ENTRENAMIENTO EMS**

|  |
| --- |
|  |

**ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: Sr (a) | Rut: |
| F. Nacimiento: | Edad: |
| Dirección: | Sector: |
| Previsión: | Estado Civil: |
| Ocupación: | Fecha de Ingreso: |
| Teléfono: | Tratamiento Médico: |
| e-mail: | Como nos contacto: |
|  |  |
|  |  |

**SIGNOS VITALES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PA | FC | FR | SO2 | T° | PESO | TALLA |



**ANTECEDENTES MÓRBIDOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patologías Crónicas** | HTA | DM | Cáncer | Obesidad |
| P. Cardiacos | Asma | EPOC | Tabaquismo |
| Otra (indique cual) | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tratamiento**  **Farmacológico** | Aspirina | | Losartan | Insulina | Paracetamol | Salbutamol |
| Atenolol | | Enalapril | Metformina |  | Tramadol |
| Otro (indique cual) | | | | | |
| Ingesta de fármacos antes de la evaluación | | Si  No | | | | |

**ANAMNESIS ACTUAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antecedentes Mórbidos:  Marcapasos  Fibromialgia  Epilepsia  Tumores latentes  Cáncer  Trombosis  Varices Profundas  Heridas superficiales  Hemorragias  Dificultad para Respirar  Dolor de pecho  Problemas cardíacos  Asma  EPOC  Diabetes  Hipertensión  Hipotensión  Obesidad  Tabaquismo  Cirugías recientes (en los últimos 60 días)  Placas de metal (superior a 5 cm)  Procesos inflamatorios  Contusiones  Esguinces  Luxación  Proceso Artrósico  Distrofias Musculares recientes  Prótesis de silicona  Prescripción Médica que impida el entrenamiento con EMS (alteraciones del sistema nervioso, trastornos autoinmunitario, etc)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Alimentación:  Horas de Sueño: | | Hidratación (cantidad- frecuencia): | | | **Evaluación subjetiva del Dolor** | | | | | | Escala Visual Análoga EVA | Estático (EVAE) | | |  | | Dinámico (EVAD) | | |  | |

**Objetivo de Entrenamiento**:

|  |
| --- |
| (consensuado con el paciente) |

**Sesión:**

|  |
| --- |
| (lo que se hizo en la sesión específico, sesiones recomendadas, siguiente sesión agendada, recomendaciones, comentarios etc) |

**FICHA DE EVALUACIÓN KINÉSICA RADIOFRECUENCIA MAXIMUS TRIPOLAR**

**ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: Sr (a) | Rut: |
| F. Nacimiento: | Edad: |
| Dirección: | Sector: |
| Previsión: | Estado Civil: |
| Ocupación: | Fecha de Ingreso: |
| Teléfono: | Tratamiento Médico: |
| e-mail: | Como nos contacto: |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PESO | TALLA |

**ANTECEDENTES MÓRBIDOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patologías Crónicas** | HTA | DM | Cáncer | Obesidad |
| P. Cardiacos | Hiper/hipotiroidismo | EPOC | Tabaquismo |
| Otra (indique cual) | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tratamiento**  **Farmacológico** | Aspirina | | Losartan | Insulina | Paracetamol | Salbutamol |
| Atenolol | | Enalapril | Metformina |  | Tramadol |
| Otro (indique cual) | | | | | |
| Ingesta de fármacos antes de la evaluación | | Si  No | | | | |

**Anamnesis**

|  |
| --- |
| Maximus: (contraindicaciones)   * Uso de marcapaso * Embarazo o periodo de lactancia * Tratamientos oncológicos previos. * Presencia de Tumor. * Trombosis venosa profunda. * Prótesis o implantes metálicos. * Presencia de úlceras gástricas. * Operaciones recientes. * Cicatrizaciones incompletas. * Presencia de procesos infecciosos. * Ac. Hialurónico o botox en zona a tratar   (Que quiere lograr el paciente, pack que compro,)   * Atención Nutricional * Cantidad de agua que bebe * Tratamientos similares anteriores * Complemento deportivo * Alimentación * Deposiciones |

**Objetivo de Tratamiento:**

|  |
| --- |
| (consensuado con el paciente) |

**Sesión:**

|  |
| --- |
| (lo que se hizo en la sesión específico, sesiones recomendadas, siguiente sesión agendada, recomendaciones, comentarios etc) |

**FICHA DE EVALUACIÓN KINÉSICA RADIOFRECUENCIA OXYGENEO+**

**ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: Sr (a) | Rut: |
| F. Nacimiento: | Edad: |
| Dirección: | Sector: |
| Previsión: | Estado Civil: |
| Ocupación: | Fecha de Ingreso: |
| Teléfono: | Tratamiento Médico: |
| e-mail: | Como nos contacto: |
|  |  |
|  |  |

**ANTECEDENTES MÓRBIDOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patologías Crónicas** | HTA | DM | Cáncer | Obesidad |
| P. Cardiacos | Hiper/hipotiroidismo | EPOC | Tabaquismo |
| Otra (indique cual) | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tratamiento**  **Farmacológico** | Aspirina | | Losartan | Insulina | Paracetamol | Salbutamol |
| Atenolol | | Enalapril | Metformina |  | Tramadol |
| Otro (indique cual) | | | | | |
| Ingesta de fármacos antes de la evaluación | | Si  No | | | | |

**Anamnesis**

|  |
| --- |
| Oxygeneo: (contraindicaciones)   * Uso de marcapaso * Tratamientos oncológicos previos. * Presencia de Tumor. * Trombosis venosa profunda. * Prótesis o implantes metálicos. * Operaciones recientes. * Cicatrizaciones incompletas. * Presencia de procesos infecciosos. * Ac. Hialurónico o botox en zona a tratar * Rosácea   (Que quiere lograr el paciente, pack que compro,)   * Atención Nutricional * Cantidad de agua que bebe * Tratamientos similares anteriores * Alimentación * Alergias * Último tratamiento o limpieza facial * Hidratación (cantidad en litros diaria) |

**Objetivo de Tratamiento:**

|  |
| --- |
| (consensuado con el paciente) |

**Sesión:**

|  |
| --- |
| (lo que se hizo en la sesión específico, sesiones recomendadas, siguiente sesión agendada, recomendaciones, comentarios etc) |