

Paciente
CODIGO PACIENTES
NOMBRE DEL TERAPEUTA
INICIO DE SESIONES
MODALIDAD
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
EDAD
FECHA DE NACIMIENTO
TIPO DE PACIENTE (NNA/AJ/A/AM)
TIPO DE TERAPIA (Ind/Par/Fam)
NOMBRE(S) RESPONSABLE(S) (si es niño/a o adolescente)
DIRECCIÓN
TELÉFONO(S)
TELÉFONO(S) DE EMERGENCIA
MOTIVO DE CONSULTA
¿TOMA MEDICAMENTOS?
¿CUALES?
HA IDO A TERAPIA ANTERIORMENTE
¿QUÉ LOGRÓ CON LA TERAPIA ANTERIOR?
¿TIENE ALGUNA(A) ENFERMEDAD(ES)?
¿CUÁL(ES) ENFERMEDAD(ES)?
¿VIENE A TERAPIA POR VOLUNTAD PROPIA?
DATOS IMPORTANTES DEL PACIENTE
OBSERVACIONES
ESTADO (ACTIVO/DE BAJA)
FECHA DE RETIRO
FECHA DE REGRESO
RAZÓN DEL REGRESO

Terapeuta
Código
Nombre
Fecha_nacimiento
Edad
Dirección
Teléfono
E-mail
Fecha de ingreso
Días de asistencia
Horarios
No de colegiado
Activo/inactivo
Observaciones

Rol_terapeuta
Cod_admin
Cod_terapeuta

Cita
No_cita
Fecha
Hora
Modalidad
Estado

Bitacora
No
Fecha
Avances
Cod_paciente
Cod_terapeuta
No_cita