

Fisioterapia

HISTORIA CLINICA

FECHA Y HORA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

CÉDULA:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO:

SEXO:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

OCUPACIÓN:

TELÉFONO/CELULAR:

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA Y/O EJERCICIO:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

NOMBRE DEL FAMILIAR:

TELÉFONO/CELULAR:

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS:

FARMACOLÓGICOS:

QUIRÚRGICOS:

TRAUMÁTICOS:

HOSPITALARIOS:

TOXICO ALÉRGICOS:

MOTIVO DE CONSULTA