

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: 1 _____ 2
 Nombre: _____ 4 _____ 6 _____ 5 _____ Edad: 3 _____ 7
 Fecha De Nacimiento: _____ Lugar: _____ 10 Tel/Cel: _____ 11
 Domicilio: _____ 8 Sexo: 9 Grupo Sanguíneo: _____ Alergias: _____ 12
 Estado Civil: _____ 12 Ocupación: _____ Lateralidad: _____ 13
 Contacto De Emergencia: _____ 14 Tel/Cel: _____ 15

Motivo de consulta 16

AHF 17

HAS	Diabetes Mellitus	Artropatías	Enf. Neurológicas	Tuberculosis
Cardiopatías	Endocrinopatías	Litiasis	Enf. Hematológicas	Enf. Congénitas
Obesidad	Neoplasias	Ictericias	Enf. Psiquiátricas	Discapacidad
Otras				

 Observaciones: 18

APNP 19

	SI	NO	Observaciones
Hábito tabáquico			
Hábito alcohólico			
Uso de drogas			
Vacunas completas			
Casa de concreto			
Servicios de urbanidad			
Hacinamiento			
¿Cuántas comidas realiza al día?			
¿Cuántas veces a la semana se baña?			
¿Realiza algún tipo de actividad física?			
¿Se ha realizado algún tipo de tatuaje?			
¿Tiene perforaciones en su cuerpo?			
¿Tiene mascotas?			

APP 20

Enf. infantiles	Diabetes Mellitus	Enf. Neurológicas	Artropatías	Quirúrgicos
Enf. Congénita	Enf. infecciosas	Enf. Psiquiátricas	Litiasis	Traumatismos
Hepatitis	Tuberculosis	Enf. Endocrinas	Discapacidad	Fracturas
Cardiopatía	Transfusiones	Enf. Reumáticas	Accidentes	Luxaciones
HAS	Hemorragias	Enf. Autoinmunes	Hospitalización	Esguinces
Neoplasias	Convulsiones	Enf. Hematológicas	Inmovilización	Otras

 Observaciones: 21

HISTORIA CLÍNICA

22
AGO:

G:

P:

C:

A:

Menarca: _____ FUR: _____ Ciclos: _____ IVSA: _____ No. Parejas Sexuales: _____

ITS Embarazo Actual Lactancia Menopausia Climaterio Otros

Observaciones: _____

24

ASM:

IVSA: _____

No. Parejas Sexuales: _____

ITS: _____

Observaciones: _____

26
PA:

27
Terapéutica: _____

28
Estudios De Laboratorio/Gabinete: _____

29
Objetivos Del Paciente: _____

30
EF:

PESO: _____ **TALLA:** _____ **T/A:** _____ **FC:** _____ **FR:** _____ **°C:** _____ **SAT. O₂:** _____

31

HISTORIA CLÍNICA

PRUEBAS ESPECÍFICAS

32

Se anexan formatos de valoración: Sí () No ()

33

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO

34

HISTORIA CLÍNICA

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

35

36

Nombre y firma del paciente: _____

37

Nombre y firma de quien elabora: _____

38

V.º B.º _____

HISTORIA CLÍNICA

Instructivo para el llenado del registro R-SAD-10-06 Historia Clínica

Campo	Concepto	Llenado del campo	Responsable
1	Fecha	Anotar la fecha de elaboración.	Pasante / Practicantes de estadía / Coordinación de Clínica de Rehabilitación
2	Nombre	Anotar nombre del paciente.	
3	Edad	Anotar edad del paciente.	
4	Fecha de nacimiento	Anotar fecha de nacimiento del paciente.	
5	Lugar de nacimiento	Anotar lugar de nacimiento del paciente.	
6	Domicilio	Anotar domicilio actual del paciente.	
7	Tel/Cel	Anotar número de teléfono o de celular del paciente.	
8	Estado civil	Anotar estado civil del paciente.	
9	Sexo	Anotar sexo del paciente.	
10	Grupo sanguíneo	Anotar grupo sanguíneo del paciente.	
11	Alergias	Anotar alergias del paciente.	
12	Ocupación	Anotar la ocupación del paciente, a qué se dedica.	
13	Lateralidad	Anotar la lateralidad del paciente (el lado dominante: izquierda/derecha).	

HISTORIA CLÍNICA

14	Contacto de emergencia	Anotar el nombre del contacto de emergencia del paciente.	
15	Tel/Cel	Anotar número de teléfono o celular del contacto de emergencia del paciente.	
16	Motivo de consulta	Anotar el motivo de consulta del paciente.	
17	Antecedentes heredofamiliares	Marcar las casillas correspondientes a los antecedentes heredofamiliares del paciente.	
18	Observaciones	Si es necesario, anote observaciones sobre los antecedentes heredofamiliares del paciente.	
19	Antecedentes Personales No Patológicos	Marcar las casillas correspondientes a los antecedentes personales no patológicos del paciente.	
20	Antecedentes Personales Patológicos	Marcar las casillas correspondientes a los antecedentes personales patológicos del paciente.	
21	Observaciones	Si es necesario, anote observaciones sobre los antecedentes personales patológicos del paciente.	
22	Antecedentes Gineco Obstétricos	Anotar los antecedentes gineco obstétricos.	
23	Observaciones	Si es necesario, anote observaciones sobre los antecedentes gineco obstétricos.	
24	Antecedentes sexuales masculinos	Anotar los antecedentes sexuales masculinos.	

HISTORIA CLÍNICA

25	Observaciones	Si es necesario, anote observaciones sobre los antecedentes sexuales masculinos.	
26	Padecimiento Actual	Anote el padecimiento actual del paciente.	
27	Terapéutica	Anotar la terapéutica empleada por el paciente.	
28	Estudios de laboratorio / gabinete	Anotar los estudios de laboratorio o gabinete con los que cuente el paciente.	
29	Objetivos del paciente	Anotar los objetivos del paciente.	
30	Signos vitales	Anotar los signos vitales del paciente.	
31	Exploración Física	Anotar los hallazgos de la exploración física del paciente.	
32	Pruebas específicas	Anotar las pruebas específicas aplicadas al paciente.	
33	¿Se anexan formatos de valoración?	Marcar si se anexan o no formatos de valoración.	
34	Diagnóstico fisioterapéutico	Escribir el diagnóstico fisioterapéutico.	
35	Pronóstico y tratamiento fisioterapéutico	Escribir el pronóstico y tratamiento fisioterapéutico.	
36	Nombre y firma del paciente	El paciente escribe su nombre completo y su firma.	Paciente
37	Nombre y firma de quien elabora	Nombre y firma de quien elabora la historia clínica.	Pasante/Coordinación de Clínica de Rehabilitación

HISTORIA CLÍNICA

38	V.º B.º	Visto bueno otorgado por la Jefa de Oficina de Clínica de Rehabilitación.	Coordinación de Clínica de Rehabilitación
----	---------	---	--