

HISTORIA CLÍNICA

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

Motivo de consulta

16

Antecedentes heredofamiliares

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

Observaciones: 17

Antecedentes personales no patológicos

	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?			

Antecedentes personales patológicos

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: 20

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 de la o el paciente: _____

37

Nombre y firma de quien elabora: _____

38

V.º B.º _____

HISTORIA CLÍNICA

Instructivo para el llenado del registro R-VIN-06-02 Historia Clínica

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

HISTORIA CLÍNICA

13	Lateralidad	Anotar la lateralidad de la o el paciente (el lado dominante: izquierda/derecha).
14	Contacto de emergencia	Anotar el nombre del contacto de emergencia de la o el paciente.
15	Tel/Cel	Anotar número de teléfono o celular del contacto de emergencia de la o el paciente.
16	Motivo de consulta	Anotar el motivo de consulta de la o el paciente.
17	Antecedentes heredofamiliares	Marcar las casillas correspondientes a los antecedentes heredofamiliares de la o el paciente.
18	Observaciones	Si es necesario, anote observaciones sobre los antecedentes heredofamiliares de la o el paciente.
19	Antecedentes Personales No Patológicos	Marcar las casillas correspondientes a los antecedentes personales no patológicos de la o el paciente.
20	Antecedentes Personales Patológicos	Marcar las casillas correspondientes a los antecedentes personales patológicos de la o el paciente.
21	Observaciones	Si es necesario, anote observaciones sobre los antecedentes personales patológicos de la o el paciente.
22	Antecedentes Gineco Obstétricos	Anotar los antecedentes gineco obstétricos.

HISTORIA CLÍNICA

23	Observaciones	Si es necesario, anote observaciones sobre los antecedentes gineco obstétricos.	
24	Antecedentes sexuales masculinos	Anotar los antecedentes sexuales masculinos.	
25	Observaciones	Si es necesario, anote observaciones sobre los antecedentes sexuales masculinos.	
26	Padecimiento actual	Anote el padecimiento actual de la o el paciente.	
27	Terapéutica	Anotar la terapéutica empleada por la o el paciente.	
28	Estudios de laboratorio / gabinete	Anotar los estudios de laboratorio o gabinete con los que cuente la o el paciente.	
29	Objetivos del paciente	Anotar los objetivos de la o el paciente.	
30	Signos vitales	Anotar los signos vitales de la o el paciente.	
31	Exploración Física	Anotar los hallazgos de la exploración física de la o el paciente.	
32	Pruebas específicas	Anotar las pruebas específicas aplicadas a la o el paciente.	
33	¿Se anexan formatos de valoración?	Marcar si se anexan o no formatos de valoración.	
34	Diagnóstico fisioterapéutico	Escribir el diagnóstico fisioterapéutico.	

HISTORIA CLÍNICA

35	Pronóstico y tratamiento fisioterapéutico	Escribir el pronóstico y tratamiento fisioterapéutico.	
36	Nombre y firma del paciente	La o 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 / Practicante de estadía / Coordinación de Clínica de Rehabilitación
38	V.º B.º	Visto bueno otorgado por la Coordinación de Clínica de Rehabilitación.	Coordinación de Clínica de Rehabilitación