

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____
 Nombre: _____ Edad: _____
 Fecha De Nacimiento: _____ Lugar: _____
 Domicilio: _____ Tel/Cel: _____
 Estado Civil: _____ Sexo: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Alergias: _____
 Ocupación: _____ Lateralidad: _____
 Contacto De Emergencia: _____ Tel/Cel: _____

Motivo de consulta

Antecedentes heredofamiliares

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

Observaciones:

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 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:

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes gineco obstétricos:

G:

P:

C:

A:

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

☐ ITS ☐ Embarazo Actual ☐ Lactancia ☐ Menopausia ☐ Climaterio ☐ Otros

Observaciones: _____

Antecedentes sexuales masculinos: IVSA: _____ No. Parejas Sexuales: _____ ITS: _____

Observaciones: _____

Padecimiento actual

Terapéutica: _____

Estudios de laboratorio/gabinete: _____

Objetivos del paciente: _____

Exploración física

Peso: _____ **Talla:** _____ **T/A:** _____ **FC:** _____ **FR:** _____ **°C:** _____ **SAT. O₂:** _____

HISTORIA CLÍNICA

Pruebas específicas

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

Diagnóstico fisioterapéutico

HISTORIA CLÍNICA

Pronóstico y tratamiento fisioterapéutico

Nombre y firma de la o el paciente: _____

Nombre y firma de quien elabora: _____

V.º B.º _____