



**HISTORIA CLINICA**

**1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Lugar y fecha

<b>NOMBRE COMPLETO:</b>			
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> Día    Mes    Año                      Edad:		<b>OCUPACION:</b>	<b>DOMICILIO ACTUAL:</b>
<b>estatura:</b>		<b>peso</b>	
<b>HABITUS EXTERIOR:</b>			
<b>Edad aparente:</b>			
<b>sexo:</b> Femenino ( )                      Masculino ( )		color de piel	
<b>E-mail:</b>		<b>TELEFONOS</b>	
		<i>casa</i>	<i>oficina</i> <i>celular</i>
<b>FAMILIAR A QUIEN AVISAR EN UNA EMERGENCIA (Nombre y teléfono):</b>			
<b>MEDICO FAMILIAR O TRATANTE (Nombre y teléfono)</b>			

**2.- PADECIMIENTO ACTUAL**

<b>RAZONES POR LAS CUALES ASISTE A ATENCIÓN</b>

**3.- ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES**

Viven sus padres si ( ) no ( )                      Viven sus abuelos si ( ) no ( )
Si viven, padecen alguna enfermedad crónica o degenerativa :
A) PTERNOS
B) MATERNOS
Si ya murieron, de qué murieron y qué enfermedades crónicas o degenerativas padecieron:
A) PTERNOS
B) MATERNOS



4.-ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS (incluido exfumador, ex -alcohólico y ex-adicto)

<b>Alimentación</b>	<b>higiene</b>	<b>tabaquismo</b>	si	no	cantidad x día	años			
<b>alcohol</b>	si	no	cantidad		cada cuando	años	<b>Drogas</b>	si	no
de que tipo		cantidad	x día		cada cuando	años	<b>cine</b>	si	no
<b>fiesta</b>	si	no	frecuencia	<b>deporte</b>	si	no	frecuencia		

5.-ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

--

6.- APARATOS Y SISTEMAS

Actualmente padece alguna enfermedad, síntoma o malestar en:

SISTEMA MUSCULAR	
SISTEMA ÓSEO	
SISTEMA LINFÁTICO	
SISTEMA CIRCULATORIO	
SISTEMA CARDIACO	
SISTEMA RESPIRATORIO	
APARATO DIGESTIVO	
APARATO REPRODUCTOR EMBARAZO	
SISTEMA ENDÓCRINO	
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO	
SISTEMA DERMATOLÓGICO	
SISTEMA HEMATOLÓGICO	
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:	



**7.-SIGNOS VITALES**

TEMPERATURA	F. CARDIACA	PULSO	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PRESIÓN ARTERIAL

**8.-EXPLORACIÓN FÍSICA**

A. CABEZA	
B. CUELLO	
C. TRONCO	
D. EXTREMIDADES SUPERIORES	
E. ABDOMEN	
F. CADERA	
G. EXTREMIDADES INFERIORES	
H. CLASIFICACIÓN DE LA CONTRACTURA	
I. OBSERVACIONES	

**9.-RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS**

RESULTADOS	RESUMEN DE REPORTE MEDICO
PREVIOS	
ACTUALES	

**10.- RESULTADOS OBTENIDOS EN TRATAMIENTOS PREVIOS**

TIPO DE TRATAMIENTO	RESUMEN DE RESULTADOS

¿Toma actualmente algún medicamento? Favor de indicar cual o cuáles	
¿Presenta alguna otra condición médica o herida que no se haya mencionado? Indique cuál i	
CONTRAINDICACIONES	



**11.-DIAGNÓSTICO:**

▪ Nombre de la técnica a aplicar	
Definición de la técnica a aplicar	
▪ Manipulaciones y movimientos	
▪ partes del cuerpo que tocara de acuerdo con la técnica	
▪ vestimenta recomendada	
▪ Reacciones físicas	
Reacciones emocionales	

**12.-PLAN DE SEGUIMIENTO**

**PLAN GENERAL**

NO. TOTAL, DE SESIONES:		FRECUENCIA DE LAS SESIONES:	
HORARIO:		DURACION:	

**PLAN GENERAL QUE SEGUIR**

--

**PLAN POR SESION**

NO. DE SESIÓN		FECHA:		
HORA INICIO:		HORA TÉRMINO:		
<b>SIGNOS VITALES</b>				
TEMPERATURA	PRESIÓN ARTERIAL	F.C	PULSO	FRECUENCIA RESPIRATORIA

**PLAN A SEGUIR Y PRONOSTICO EN ESTA SESION**

--

**RESULTADOS Y OBSERVACIONES**

--



**PLAN POR SESION**

NO. DE SESIÓN		FECHA:		
HORA INICIO:		HORA TÉRMINO:		
SIGNOS VITALES				
TEMPERATURA	PRESIÓN ARTERIAL	F.C	PULSO	FRECUENCIA RESPIRATORIA
PLAN PARA SEGUIR Y PRONOSTICO EN ESTA SESION				
RESULTADOS Y OBSERVACIONES				

**PLAN POR SESION**

NO. DE SESIÓN		FECHA:		
HORA INICIO:		HORA TÉRMINO:		
SIGNOS VITALES				
TEMPERATURA	PRESIÓN ARTERIAL	F.C	PULSO	FRECUENCIA RESPIRATORIA
PLAN A SEGUIR Y PRONOSTICO EN ESTA SESION				
RESULTADOS Y OBSERVACIONES				

**PLAN POR SESION**

NO. DE SESIÓN		FECHA:		
HORA INICIO:		HORA TÉRMINO:		
SIGNOS VITALES				
TEMPERATURA	PRESIÓN ARTERIAL	F.C	PULSO	FRECUENCIA RESPIRATORIA
PLAN A SEGUIR Y PRONOSTICO EN ESTA SESION				
RESULTADOS Y OBSERVACIONES				



## ACEPTACION DEL SERVICIO

Acepto en términos amplios las manipulaciones y tratamientos descritos en el menú y la hoja clínica, bajo la condición de que en caso de existir reacciones secundarias a causa de afecciones que no haya declarado en la hoja clínica serán de mi entera responsabilidad, así mismo me comprometo que en caso de intentar un contacto de tipo sexual con el terapeuta o de realizar actos que afecten el pudor y código de ética del mismo, aceptaré la inmediata suspensión del servicio y pagaré el total de lo acordado por la sesión.

**Declaro bajo protesta de decir verdad que la información aquí contenida es verídica y corresponde a mi estado actual de salud.**

Autorizo A: \_\_\_\_\_ realice las manipulaciones y movimientos que considere adecuados para mi diagnóstico, siempre y cuando estén regidos por la ética, la moral y la integridad física y emocional de mi persona.

### RECIBE EL SERVICIO

NOMBRE :	FIRMA
	FECHA:

### OTORGA EL SERVICIO

NOMBRE:	FIRMA
	FECHA: