|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antes de desarrollar el caso clínico realizar una introducción de la patología que va a tratar teniendo en cuenta:   * Nombre de la patología * Concepto * Epidemiología: factores de riego * Causas * Clasificación * Cuadro clínico: Síntomas y signos | | | | | | |
| **HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPÉUTICA** | | | | | | |
| Fecha de ingreso: | Fecha actual: | | | | No. H. Clínica: | |
| Nombre de la Unidad Operativa: | | | Tipo de Unidad Operativa: | | | |
| **DATOS DEL ESTUDIANTE** | | | | | | |
| Nombres y Apellidos: | | | | | | |
| Sexo: | | | Fecha de nacimiento: | | | |
| Semestre: | | | Práctica | | | |
| Nacionalidad: | | | Auto identificación Étnica: | | | |
| C.I: | | | Telf: | | | |
| Correo Electrónico: | | | | | | |
| **DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE** | | | | | | |
| **Nombres y Apellidos:** | | | | | |  |
| Fecha de Nacimiento: | Edad: | | | Sexo: | | Etnia: |
| Nacionalidad: | | | | Lugar de Nacimiento: | | |
| Lugar de Residencia Actual: | | | | Lugar de Residencia Ocasional: | | |
| Estado Civil: | | | | Nivel de Instrucción: | | |
| Ocupación Anterior: | | | | Ocupación Actual: | | |
| Lugar de trabajo: | Religión: | | | Grupo sanguíneo: | | Dominancia: |
| Teléfono: | Seguro de salud:  Privado \_\_\_\_\_ IESS \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL CUIDADOR O FAMILIAR**  (Tercera persona que facilite la información si el paciente no lo realiza de forma directa) | | | | | | |
| Nombre: | | Relación del cuidador | | | | |
| Edad: | | Teléfono: | | | | |
| **DIAGNÓSTICO MÉDICO** | | | | | | |
| (Derivación de profesionales médicos u otros profesionales) | | | | | | |
| **MOTIVO DE CONSULTA** | | | | | | |
| (Por qué acude al servicio de fisioterapia. O de otra área si en ese caso fuera). | | | | | | |
| **ENFERMEDAD ACTUAL** | | | | | | |
| Se indaga el origen de la enfermedad, la evolución cronológica que ha ido trascurriendo, así como las características de todos los síntomas o signos que presente el paciente, los tratamientos que se le han realizado en el caso de que los hubiera habido, los resultados obtenidos, causas de abandono si así hubiese ocurrido | | | | | | |
| **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES** | | | | | | |
| Clínicos:  Gineco-obstétricos: Menarquia: Menopausia:  Quirúrgicos/Traumáticos:  Alergias:  Transfusiones: | | | | | | |
| **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES** | | | | | | |
| (Patologías relevantes en los miembros más cercanos de su familia)  Materno:  Paterno: | | | | | | |
| **HÁBITOS** | | | | | | |
| Alimenticio:  Miccional:  Defecatorio:  Sueño: | | | | | | |
| **HÁBITOS DE SALUD** | | | | | | |
| Es fumador:  Número de cigarrillos/día:  El paciente es exfumador:  Número de cigarrillos/día:  El paciente es bebedor habitual:  Durante días/semana:  Realiza ejercicio:  Durante días/semana: | | | | | | |
| **INMUNIZACIONES** | | | | | | |
| Influenza \_X\_ Tétanos \_\_X\_\_ Neumococo \_\_X\_\_ Covid-19\_\_X\_\_ | | | | | | |
| **ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS** | | | | | | |
| Fármaco:  Dosis:  Vía:  Tiempo:  Prescripción:  R. Adversas: | | | | | | |
| **ANTECEDENTES SOCIOAMBIENTALES** | | | | | | |
| Vivienda:  Accesibilidad:  Convivencia:  Fuente de ingresos:  Fuente de información: Paciente Familiar Otro \_\_ | | | | | | |
| **FACTORES DE RIESGO**  Hipertensión  Poliglobulia  Angina estable  HTA (Hipertensión Arterial) mal controlada  Obesidad  Dislipemia  Diabetes  Ateroesclerosis  Arritmias  Enfermedades crónicas | | | | | | |
| **SIGNOS VITALES** | | | | | | |
| FR:  FC:  TA:  Temperatura:  PESO:  TALLA:  IMC: | | | | | | |
| **EXPLORACIÓN FÍSICA** | | | | | | |
| Observación:  Inspección:  Palpación:  Percusión:  Examen postural:  Examen muscular:  Examen articular:  Aplicación de Test para diagnóstico:  Evaluación funcional: Aplicación de escalas | | | | | | |
| **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**  Radiografía  Tomografía  Resonancia magnética  Electromiografía  Exámenes de laboratorio | | | | | | |
| **DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO**  (Disfunciones esenciales, objeto de tratamiento del fisioterapeuta) | | | | | | |
| **TRATAMIENTO** | | | | | | |
| Especificar:  No de sesiones.  Tiempo por sesión.  Agentes físicos.  Plan kinesioterapéutico a corto, mediano y largo plazo | | | | | | |
| **PRONOSTICO Y RESULTADOS ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO** | | | | | | |
|  | | | | | | |