|  |
| --- |
| 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 PoliglobuliaAngina estable HTA (Hipertensión Arterial) mal controladaObesidad DislipemiaDiabetesAteroesclerosisArritmiasEnfermedades 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**RadiografíaTomografíaResonancia magnética ElectromiografíaExámenes 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** |
|  |