

**HISTORIA CLÍNICA**

DIA	MES	AÑO	N°							
-----	-----	-----	----	--	--	--	--	--	--	--

**APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL** \_\_\_\_\_

**APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

**OBRA SOCIAL** \_\_\_\_\_ **N° DE CARNET** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_ **LOCALIDAD** \_\_\_\_\_ **CP** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO PARTICULAR** \_\_\_\_\_ **TE. CELULAR** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_ **D.N.I.** \_\_\_\_\_

**PROFESIONAL DERIVANTE** \_\_\_\_\_ **MAT.** \_\_\_\_\_

**PROFESIÓN/OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

Tensión Arterial  Min..... / Max.....    Diabetes Fumador Cardíaco  
Artrosis Artritis

Marcapsos	Si	No	Reemplazo de Cadera Derecha	Si	No	Otros _____ _____ _____
Usa prótesis	Si	No	Reemplazo de Cadera Izquierda	Si	No	
Tiempo						

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DE INGRESO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EVALUACION KINESICA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PLAN DE TRATAMIENTO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBJETIVOS TRATAMIENTO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Representante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Profesional**