

MODELO DE HISTORIA CLÍNICA

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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:

Tension Arterial Valores...../..... Diabetes Fumador Cardiaco
Cirrosis Artrosis Artritis Reumatoidea Hemiplejías Asma Chagas

Marcapsos	Si	No	Reemplazo de Cadera Derecha	Si	No
Usa protesis	Si	No	Reemplazo de Cadera Izquierda	Si	No

Tiempo _____
Otros _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

EVALUACION KINESICA

PLAN DE TRATAMIENTO

OBJETIVOS TRATAMIENTO

Firma del Paciente o Representante

Firma del Profesional

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la fecha, el/la Licenciado/a _____ me ha explicado en mi lengua natal y en términos sencillos que he entendido en su totalidad la afección que padezco denominada _____ y los riesgos que puedo correr en el futuro, tales como _____. También me ha explicado y yo he entendido que para tratarla deberé ser sometido al tratamiento de _____ para lo cual presto mi total consentimiento.

Igualmente, se me ha explicado detalladamente y he comprendido que el tratamiento al cual habré de someterme presenta ciertos inconvenientes y riesgos, tales como _____

Asimismo, se me informo que además del tratamiento sugerido, existen otras alternativas que poseen resultados aceptables para la afección que presento, tales como _____ pero que por razones _____ no han sido indicadas. Por tal motivo, acepto la indicación que se me ha realizado y por lo tanto autorizo al Licenciado/a _____ para que realice el tratamiento tal cual me fue informado.

Firma del Paciente o Representante

Firma del Profesional

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	DETALLE TRATAMIENTO:	FIRMA DEL PACIENTE

