

HISTORIA CLÍNICA SERVICIOS MÉDICOS TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN



Ficha de identificación. Fecha: Hora: No. De expediente

Nombre del paciente:

Edad:	Sexo:
Estado civil:	Fecha de nacimiento:
Originario de:	Dirección:
Telefonos: (casa, trabajo, celular)	Ocupación:
Escolaridad:	Nivel socioeconómico:
Trabajo:	Puesto que desempeña:
Religión:	Residente:
Responsable legal:	Fuente de la información:

Antecedentes heredofamiliares

Diabetes	si	no	Convulsivos	si	no	Alcoholismo	si	no
Hipertensión arterial	si	no	Alérgicos	si	no	Tabaquismo	si	no
Neoplásicos	si	no	Cardiopatías	si	no	Inmunizaciones	si	no
combe	si	no	Nefropatías	si	no	Artritis reumatoide	si	no
En caso de señalar "si" especifique el parentesco:								

Antecedentes personales no patológicos:

Habitad	Urbanizada	Rural	Agua potable	Luz eléctrica	Servicios complementarios
Alimentación	Adecuada	Inadecuada	Suficiente	Calidad	Cantidad
Desempeño familiar	Tipos de relación	Dinámica interpersonal	Conflictos	Extrovertido	Introvertido



Desempeño social	Relaciones interpersonal es con amigos	Relaciones interpersonal es con vecinos	Relaciones interpersonal es con compañeros	Relaciones interpersonales con subordinados	Relaciones Interpersonales con autoridades
Niveles de estrés	Alto extremo	Alto	Mediano	Bajo	Control de estrés
Hábitos higiénicos	Adecuados	Inadecuados	Especifique:		
Tipo de vida	Hiperactivo	Activo en labores diarias	Activo en rutina	Hipoactivo	Sedentario
Tiempo de sueño	Mas de 8 horas	8 horas	6 horas	Menos de 6 hrs.	Insomnio
Manejo del tiempo libre	Recreación satisfactoria 100%	Recreación satisfactoria 75%	Recreación satisfactoria 50%	Recreación satisfactoria 25%	Recreación satisfactoria 0%
Estado de animo habitual					
Comentarios :					

Perfil Ginecológico

Perfil Ginecológico	Menarca:	Periodo:	Dismenorrea:	Gestas:	Partos
Cesáreas:	Abortos	Nacidos vivos:	Nacidos muertos:	Comentarios:	
Descripción del embarazo	Planeado	Deseado	Estado emocional	Traumas	Patologías:
Sexualidad:	Inicio de vida sexual	Actitud:	satisfactoria 100%	Conflictiva:	Coitalgia :

Antecedentes Personales Patológicos

Enfermedades previas:	Infecciosas		Neurológicas		Metabólicas		Tóxicas		Otras:	
Traumatismos craneoencefálicos	Con pérdida del conocimiento		Sin pérdida del conocimiento		Hace que tiempo		Cambios posteriores		Estado actual	
Diabetes	si	no	Convulsivos		si	no	Transfusionales		si	no

Hipertensión arterial	si	no	Alérgicos	si	no	Adicciones	si	no
Neoplásicos	si	no	Cardiopatías	si	no	Quirúrgicos	si	no
Traumáticos	si	no	Nefropatías	si	no	Artritis reumatoide	si	no

En caso de señalar "si" especifique:



Tabla de Desarrollo Psicomotor

Antecedentes de la Discapacidad

Tipo:	Motriz:	Auditiva:	Visual:	Intelectual :
Lenguaje:	Origen:	Nacimiento:	Genético:	Trauma:
Violencia:	Tóxicos:	Otros:		
Discapacidad:	Temporal:	Permanente:		



Desempeño	Productividad	Ascensos	Despidos	Conflictos con la autoridad
Ausentismo	Conflictiva interpersonal	Otro:		
Comentarios:				



Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Sistema Nervioso	Sistema Óseo	Sistema Cardiovascular
Aparato Digestivo	Aparato Respiratorio	Aparato Genitourinario

Motivos de consulta

Acude de manera:	Voluntaria	Involuntaria	Forzada	Condicionada
Comentarios:				

Padecimiento actual

Exploración Física Signos vitales

Tensión Arterial	Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura corporal	Peso Talla
------------------	---------------------	-------------------------	----------------------	------------

Apariencia	Marcha	Arcos de movimiento	Fuerza muscular generalizada	Tono muscular
------------	--------	---------------------	------------------------------	---------------



Sensibilidad	Funciones mentales superiores	Funciones Neurológicas	
Maniobras especiales:			

Comentarios:
Diagnostico o Problemas clínicos :
Tratamiento :
Pronóstico:
Próxima cita:





Comentarios:



Nombre completo y firma de Lic. En Terapia Física Y Rehabilitación



IDENTIDAD
que transforma