NOMBRE:	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**	**SEXO:** F ( ) M ( ) OTRO ( )
EDAD:	**ESTAMENTO:**	**PROGRAMA:**
AREA DONDE LABORA:	**FACULTAD:**	**SEDE:**
GRUPO PRIORIZADO:	ETNICO ( )	DISCAPACIDAD ( )
VICTIMA CONFLICO ARMADO ( )	COMUNIDAD LGTBIQ+ ( )	HABITANTE DE FRONTERA ( )
DIRECCIÓN:	**TELEFONO:**	**TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE:**

MOTIVO DE CONSULTA: _____

DIAGNOSTICO: _____

ENFERMEDAD ACTUAL: _____

_____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

ANTECEDENTES PERSONALES: _____

PATOLOGICOS: _____

_____

QUIRURGICOS: SI NO CUALES: _____

ALERGICOS: SI NO CUALES:_____

TRAUMATICOS: SI NO CUALES: _____

EXAMEN FÍSICO:

CARDIOPULMONAR: _____

_____

OSTEOMUSCULAR: _____

LESIONES EN PIEL: SI___ NO___ CICATRICES_____ OTROS_____

Realiza Actividad física: Si___ No___ Cual: _____ Frecuencia: _____

DOCUMENTO CONTROLADO

Practica algún deporte: Si___ No___ Cual: _____ Frecuencia: _____

Has sufrido de alguna lesión reciente: Si___ No: ___ Cual: _____

ANALISIS: _____

_____

_____

_____

_____

TRATAMIENTO:

_____

_____

_____

_____

RECOMENDACIONES: .

.

_____ _____

FIRMA DE FISIOTERAPEUTA **FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE**

DOCUMENTO CONTROLADO

EVOLUCION DEL PACIENTE

NOMBRE:	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**	**SEXO:** F ( ) M ( ) OTRO ( )
EDAD:	**ESTAMENTO:**	**PROGRAMA:**
AREA DONDE LABORA:	**FACULTAD:**	**SEDE:**
GRUPO PRIORIZADO:	ETNICO ( )	DISCAPACIDAD ( )
VICTIMA CONFLICO ARMADO ( )	COMUNIDAD LGTBIQ+ ( )	HABITANTE DE FRONTERA ( )
DIRECCIÓN:	**TELEFONO:**	**TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE:**

EVOLUCION:

FECHA:	**DESCRIPCION:**

DOCUMENTO CONTROLADO

_____ _____

FIRMA DE FISIOTERAPEUTA **FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE**