DOCUMENTO CONTROLADO

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 ( )
COREO ELECTRONICO:	**DIRECCIÓN DEL PACIENTE:**	**CEL:**

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:	**CEL. DEL ACOMPAÑANTE:**

DESCRIPCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA, COMPLICACIÓN O EVENTO O INCIDENTE PRESENTADO:
MEDIDAS TOMADAS PREVIAS A LA REFERENCIA PARA CONTROLAR EL PROBLEMA:

ANTECEDENTES PERSONALES

Nacimiento natural		**Cesárea**	
Golpes, caídas o accidentes viejos		**Golpes, caídas o accidentes recientes**	
Hace ejercicio regularmente		**Tiene estrés físico mental o emocional**	
Cirugías previas		**Cuales**	
Hospitalizaciones		**Tiempo**	
Fracturas		**Tiene material de osteosíntesis**	
Está embarazada			

REGISTRE SI EL PACIENTE PRESENTÓ O PRESENTA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

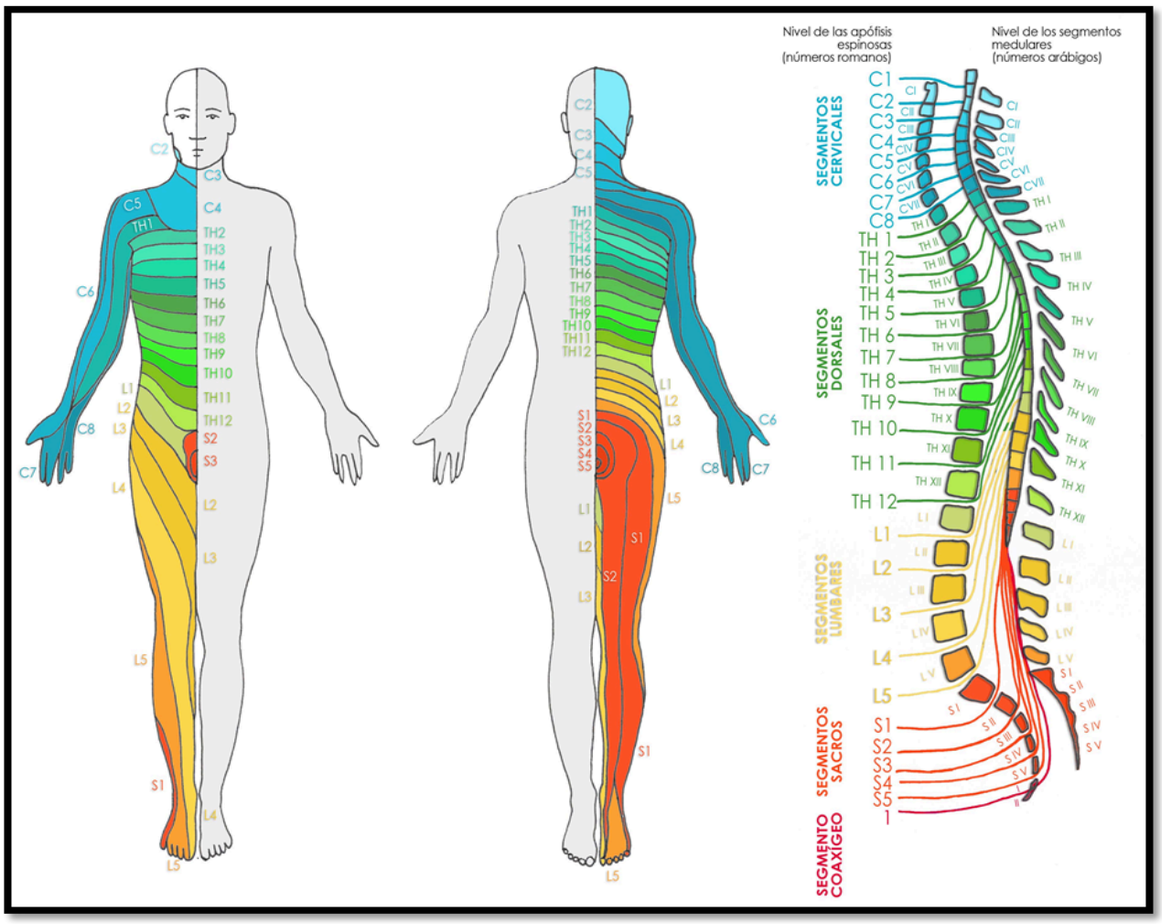
Neumonía		**Poliomielitis**		**HTA**	
Diabetes		**Tuberculosis**		**Otra enfermedad cardiaca**	

DOCUMENTO CONTROLADO

Artritis		**Cancer**		**Covid 19**	
Asma		**Problemas de tiroides**		**Otra**	

ANALISIS RADIOGRAFICO: (COMFIRME EL DAÑO Y EL TIEMPO CAUSADO POR SV)

EVALUACIÓN QUIROPRACTICA: **ESTRUCTURA**



ESTADIOS DISCALES:

SEGMENTO	ESTADIO

PALPACIÓN MUSCULAR

RANGO DE MOVIMIENTO CERVICAL:

0 (NORMAL), + (LIMITADO), ++ MUY LIMITADO, +++ SEVERAMENTE LIMITADO

Fecha		Fecha	
Rotación (L)	Rotación (R)	Rotación (L)	Rotación (R)
Lateralidad (L)	Lateralidad (R)	Lateralidad (L)	Lateralidad (R)
Flexión	Extensión	Flexión	Extensión

RANGO DE MOVIMIENTO LUMBAR:

0 (NORMAL), + (LIMITADO), ++ MUY LIMITADO, +++ SEVERAMENTE LIMITADO

Fecha		Fecha	
Rotación (L)	Rotación (R)	Rotación (L)	Rotación (R)
Lateralidad (L)	Lateralidad (R)	Lateralidad (L)	Lateralidad (R)
Flexión	Leg Check	Flexión	Leg Check
Fijación EIPS (L)	Fijación EIPS (R)	Fijación EIPS (L)	Fijación EIPS (R)

PALPACIÓN MUSCULAR:

Fecha: _____

_____
_____
_____
_____

Fecha: _____

_____
_____
_____

_____

AJUSTES Y RECOMENDACIONES

FECHA	HORA	DESCRIPCIÓN DE LA ATENCION, ACTIVIDAD Y/O PROCEDIMIENTO

DOCUMENTO CONTROLADO

DOCUMENTO CONTROLADO