

**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

