

## FICHA MEDICA - HISTORIA CLINICA

**APELLIDO Y NOMBRE:**

\_\_\_\_\_

Nº Afiliado:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**El paciente presenta el diagnóstico desde** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Condición clínica actual:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RECIBE TERAPIA FISICA:	SI	NO	Frecuencia por semana	<input type="checkbox"/>
------------------------	----	----	-----------------------	--------------------------

RECIBE TERAPIA OCUPACIONAL:	SI	NO	Frecuencia por semana	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	----	----	-----------------------	--------------------------

RECIBE FONOAUDIOLOGIA:	SI	NO	Frecuencia por semana	<input type="checkbox"/>
------------------------	----	----	-----------------------	--------------------------

RECIBE TERAPIA PSICOLOGICA:	SI	NO	Frecuencia por semana	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	----	----	-----------------------	--------------------------

RECIBE CUIDADO DOMICILIARIO:	SI	NO	Frecuencia por semana	<input type="checkbox"/>
------------------------------	----	----	-----------------------	--------------------------

ASISTE A CENTRO TERAPEUTICO O EDUCACIONAL:	SI	NO	Frecuencia por semana	<input type="checkbox"/>
--	----	----	-----------------------	--------------------------

**Describe brevemente la terapia a seguir** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médico tratante:

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ M.P.: \_\_\_\_\_ M.E.: \_\_\_\_\_

Domicilio Profesional: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Horarios de Atención: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

.....

**Firma y sello del Médico**

