



**HOJA CLINICA**

Terapeuta: Roberto Orteg Schulz

Fecha:	
No. De expediente:	

**Datos Personales**

Nombre completo					
Edad y fecha de nacimiento				Sexo	
Domicilio actual				Teléfono	
Profesión			Estatura		Peso
Nombre y teléfono de su médico					
Familiar a quien avisar					

**Datos Clínicos**

	si	no		si	no
<b>Enfermedades de tipo hereditarias</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Cardiovasculares			<input checked="" type="checkbox"/> Endocrinas		
<input checked="" type="checkbox"/> Pulmonares			<input checked="" type="checkbox"/> Neurológicas		
<input checked="" type="checkbox"/> Renales			<input checked="" type="checkbox"/> Mentales		
<input checked="" type="checkbox"/> Gastrointestinales			<input checked="" type="checkbox"/> Infecciosas		
<input checked="" type="checkbox"/> Hematológicas			<input checked="" type="checkbox"/> Metabólicas		
Otro Especificar:.					

<b>Antecedentes personales no patológicos</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Tabaquismo			<input checked="" type="checkbox"/> Prótesis		
<input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo			<input checked="" type="checkbox"/> Integración familiar		
<input checked="" type="checkbox"/> Toxicomanías			<input checked="" type="checkbox"/> Labilidad emocional		
<input checked="" type="checkbox"/> Convive con animales			Número de personas que viven en la misma casa		
Practica Alguna Disciplina Física o Mental Especificar:			Número de habitaciones con que cuenta el departamento o casa, sin contar cocina y baño		
Otro Especificar:.					

<b>Sistema Cardiorespiratorio</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Dificultades para respirar (parado, acostado, de lado, etc)			<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia		
<input checked="" type="checkbox"/> Cianosis			<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia		
<input checked="" type="checkbox"/> Tos o Seca o Productiva			<input checked="" type="checkbox"/> Arritmia		
			<input checked="" type="checkbox"/> Soplos		
<input checked="" type="checkbox"/> Bronquitis			<input checked="" type="checkbox"/> Hipotermia		
<input checked="" type="checkbox"/> Infarto Cardíaco			<input checked="" type="checkbox"/> Palidez		
Otro Especificar:.					

<b>Sistema Vasculár Periférico (arterial)</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Hipotermia			<input checked="" type="checkbox"/> Disminución de sensibilidad		
<input checked="" type="checkbox"/> Palidez			<input checked="" type="checkbox"/> Úlceras		
<input checked="" type="checkbox"/> Dolor de reposo			<input checked="" type="checkbox"/> Pigmentación anormal		



**HOJA CLINICA**

Otro Especificar:..

Sistema Vasculuar (venoso)				
Tortuosidad			Edema	
Várices			Dolor	
Plétora			Hipertermia	
Otro Especificar:..				

Enfermedades urinarias				
Dolor			Incontinencia urinaria	
Ardor			Prostatitis	
Cistitis				
Otro Especificar:..				

Antecedentes Ginecobstétricos				
Embarazo			Menopausia	
Menstruación (regularidad)			Aborto, cesáreas	
Cólicos menstruales			Anticonceptivos	
Dismenorrea			Fecha de último parto	
Amenorrea			Fecha probable de parto	
Otro Especificar:..				

Malestares				
Fiebre			Debilidad	
Cansancio crónico			Malestar general	
Escalofrios			Insomnio	
Sudoración excesiva				
Otro Especificar:..				

Sistema Ocular				
Visión Borrosa			Conjuntivitis	
Daltonismo			Miopía	
Cataratas			Fotofobia	
Astigmatismo				
Otro Especificar:..				

Sistema Auditivo				
Dolor			Sordera	
Sangrado			Otitis (inflamación)	
Supuración			Hipoacusia	
Otro Especificar:..				



**HOJA CLINICA**

Sistema olfativo				
Dificultad para oler			Secreción	
Sangrado Nasal			Obstrucción	
Congestión			Sinusitis	

Otro Especificar:..

Garganta				
Irritación			Dolor	
Inflamación			Ardor	

Otro Especificar:..

Enfermedades Patológicas				
Cáncer (tipo)			Alérgico (a antibióticos, medicamentos, polen, etc.)	
Diabetes			Intoxicaciones (alimentarias, químicos)	
Enf. Congénitas, malformaciones			Hospitalizaciones previas	
Enf. Propias de la infancia, difteria, escarlatina, paperas, roseola, rubéola, sarampión, tosferina, varicela				

Otro Especificar:..

Cero positivo de VIH (SIDA) si ( ) no ( )

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) si ( ) no ( )

Otro Especificar:..

Motivo de la visita:

.....

.....

Sintomatología:

.....

.....

Factores predisponentes, precipitantes y/o casuales

.....

.....

Inicio de la dolencia o enfermedad

Evolución de la enfermedad (secuencia cronológica)

.....

.....

Estado actual del padecimiento

.....

.....



HOJA CLINICA

Signos Vitales

Fecha	Hr	P	A	Pulso	Temp.°C

Exploración Física	Observaciones
Cabeza	
Cuello	
Tronco	
Extremidades Superiores	
Extremidades Inferiores	
Otro Especificar:.	

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información aquí contenida es verídica y corresponde a mi estado actual de salud.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del usuario



**CONTROL Y SEGUIMIENTO**

Fecha	
-------	--

Diagnóstico:


Contraindicaciones:


Técnica Seleccionada:


Verificación postural:


Descripción de las manipulaciones


Objetivo de cada sesión


No. De sesiones:		Fecha de inicio:			
Horario:		Duración de la sesión:		Costo por sesión:	
Reacciones Secundarias:					

Observaciones:

Acepto de manera amplia las manipulaciones aquí descritas, bajo la condición de que en caso de existir reacciones secundarias a causa de afecciones que no haya declarado en la hoja clínica serán de mi entera responsabilidad, así mismo me comprometo a que en caso de intentar un contacto de tipo sexual con el terapeuta o de realizar actos que afecten el pudor del mismo, aceptaré la inmediata suspensión del servicio y pagaré lo indicado por la sesión.

Firma de Aceptación del Usuario

Firma del Masajista