

FICHA KINESICA

Nº

DÍA MES AÑO

APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE

OBRA SOCIAL

Nº DE AFILIADO

DOMICILIO

LOCALIDAD

CP

TELEFONO PARTICULAR

TELEFONO CELULAR

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

DNI

PROFESIONAL DERIVANTE

MATRICULA

DIAGNOSTICO

PROFESION / OCUPACION

DIABETES HIPERTENSIÓN FUMADOR CARDÍACO EMBARAZO ARTROSIS ARTRITIS

MARCAPASOS SI NO

REEMPLAZO DE CADERA DERECHA SI NO

USA PROTESIS SI NO

REEMPLAZO DE CADERA IZQUIERDA SI NO

TIEMPO:

OTROS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

EVALUACIÓN KINÉSICA: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO: _____

Firma del Paciente o Representante

Firma del Profesional

