



HOJA CLINICA

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
Enfermedades de tipo hereditarias					
• Cardiovasculares			• Endocrinas		
• Pulmonares			• Neurológicas		
• Renales			• Mentales		
• Gastrointestinales			• Infecciosas		
• Hematológicas			• Metabólicas		
Otro Especificar:..					

	si	no		si	no
Antecedentes personales no patológicos					
• Tabaquismo			• Prótesis		
• Alcoholismo			• Integración familiar		
• Toxicomanías			• Labilidad emocional		
• 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:..					

Sistema Cardiorespiratorio					
• Dificultades para respirar (parado, acostado, de lado, etc)			• Taquicardia		
• Cianosis			• Bradicardia		
• Tos o Seca o Productiva			• Arritmia		
			• Soplos		
• Bronquitis			• Hipotermia		
• Infarto Cardiaco			• Palidez		
Otro Especificar:..					

Sistema Vasculár Periférico (arterial)					
• Hipotermia			• Disminución de sensibilidad		
• Palidez			• Úlceras		
• Dolor de reposo			• Pigmentación anormal		



HOJA CLINICA

Otro Especificar:..

Sistema Vascolar (venoso)

<ul style="list-style-type: none"> • Tortuosidad 					<ul style="list-style-type: none"> • Edema
<ul style="list-style-type: none"> • Várices 					<ul style="list-style-type: none"> • Dolor
<ul style="list-style-type: none"> • Plétora 					<ul style="list-style-type: none"> • Hipertermia

Otro Especificar:..

Enfermedades urinarias

<ul style="list-style-type: none"> • Dolor 					<ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria
<ul style="list-style-type: none"> • Ardor 					<ul style="list-style-type: none"> • Prostatitis
<ul style="list-style-type: none"> • Cistitis 					<ul style="list-style-type: none"> •

Otro Especificar:..

Antecedentes Ginecobstétricos

<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo 					<ul style="list-style-type: none"> • Menopausia
<ul style="list-style-type: none"> • Menstruación (regularidad) 					<ul style="list-style-type: none"> • Aborto, cesáreas
<ul style="list-style-type: none"> • Cólicos menstruales 					<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos
<ul style="list-style-type: none"> • Dismenorrea 					Fecha de último parto
<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea 					Fecha probable de parto

Otro Especificar:..

Malestares

Fiebre					Debilidad
Cansancio crónico					Malestar general
Escalofríos					Insomnio
Sudoración excesiva					

Otro Especificar:..

Sistema Ocular

<ul style="list-style-type: none"> • Visión Borrosa 					<ul style="list-style-type: none"> • Conjuntivitis
<ul style="list-style-type: none"> • Daltonismo 					<ul style="list-style-type: none"> • Miopía
<ul style="list-style-type: none"> • Cataratas 					<ul style="list-style-type: none"> • Fotofobia
<ul style="list-style-type: none"> • Astigmatismo 					

Otro Especificar:..

Sistema Auditivo

<ul style="list-style-type: none"> • Dolor 					<ul style="list-style-type: none"> • Sordera
<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado 					<ul style="list-style-type: none"> • Otitis (inflamación)
<ul style="list-style-type: none"> • Supuración 					<ul style="list-style-type: none"> • 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:	<input type="text"/>	Fecha de inicio:	<input type="text"/>		
Horario:	<input type="text"/>	Duración de la sesión:	<input type="text"/>	Costo por sesión:	<input type="text"/>
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