



Historia Clínica

Fecha:...../...../...../ Historia N°:.....

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre y Apellido:Edad:.....

Cédula de ciudadanía:..... Fecha de nacimiento:.....

Dirección:..... Teléfono:.....

Nivel de instrucción:..... Ocupación:.....

Estado civil:..... Religión:..... Autoidentificación Étnica:.....

Persona de referencia:..... Teléfono:.....

ANAMNESIS:

Motivo de consulta:.....

Historia de la enfermedad actual:.....

Antecedentes patológicos personales (Enfermedades, accidentes, cirugías, alergias):

Antecedentes patológicos familiares:

Historia psicosocial: (Emocionales, factores de riesgo para enfermedades en el ambiente familiar y socio laboral)

Gineco-obstétrica:.....

Hábitos generales: (sueño, miccional, defecatorio, ejercicio, tabaco, licor, -otros- medicinas, terapias)

Hábitos nutricionales: (Variedad, cantidad, frecuencia, hidratación, otros)



Historia Clínica

EXAMEN FÍSICO GENERAL:

1. Biotipo:.....
2. Facies:.....
3. Actitud y postura:.....
4. Piel y mucosa:.....
5. Pelo y uñas:.....
6. Tejido celular subcutáneo (TCS):.....

7. Signos vitales:

F.C.: _____/min F.R.: _____/min T.A.: _____/_____ mmHG T°: _____ Sat.O2 _____%

8. Composición corporal:

Peso: _____ Kg. Talla: _____ m IMC: _____ Contextura(p)(m)(g) P.A: _____ cm

% de grasa: _____ % de músculo: _____ % de agua: _____ Grasa visceral: _____

TMB: _____ RED: _____ Peso ideal: _____ kg.

EXAMEN FÍSICO POR SISTEMAS:

1. S. Cardiorrespiratorio:.....
.....
.....
2. S. Digestivo:.....
.....
.....
3. SOMA:.....
.....
4. S. Nervioso:.....
.....
.....

DATOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

.....
.....
.....

VALORACIÓN NATUROPÁTICA: (Reflexología, Iridología, Bioenergético, Floral, Oriental, Anisopiesis TA, otros)

.....
.....
.....



Historia Clínica

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO NATUROPÁTICO:

.....

.....

.....

.....

.....

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

.....

.....

.....

.....

.....

PLAN TERAPÉUTICO:

.....

.....

.....

.....

.....

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He facilitado la información completa que conozco sobre mis antecedentes personales, familiares y estado de salud que me ha sido solicitada. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. He sido informado sobre el procedimiento naturopático propuesto, con el cual estoy de acuerdo.

He tomado la decisión de autorizar dicho procedimiento.

Nombre del paciente:

Cédula de ciudadanía:

Firma del paciente:

Nombre del terapeuta: _____

