



Historia Clínica

Fecha:

Historia N°:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombres y Apellidos: Edad:

Cédula de ciudadanía: Fecha de nacimiento:

Dirección: Teléfono:

Nivel de instrucción: Ocupación: Estado civil:

Religión: Auto identificación Étnica:

Persona de referencia: Teléfono:

ANAMNESIS:

Condición de llegada:

Motivo de consulta:

Historia de la enfermedad actual:

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

Antecedentes patológicos personales:

.....
.....

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)

.....



REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS (lo referido en la enfermedad actual)

1. S. Tegumentario:
2. S. Cardiovascular:.....
3. S. Respiratorio:
4. S. Digestivo:.....
5. S. Genitourinario:
6. S. Osteomioarticular (SOMA):.....
7. S. Linfático:
8. S. Nervioso:.....
9. S. Endocrino:

EXAMEN FÍSICO GENERAL

Signos vitales:

Peso: Talla: IMC:
F.C.: ___/min F.R.: ___/min T.A.: ___/___mmHg T°: ___ Sat.O2 ___%
% de grasa: ___% % de músculo: ___% % de agua: ___% Grasa visceral: ___

Biotipo: Normolíneo ___ Longilíneo ___ Brevilíneo ___

Facies: Normal ___ Álgica ___ Ansiosa ___ Colérica ___ Triste ___

Actitud y postura: Bipedestación ___ Sedestación ___

Piel y mucosa: Hidratada ___ Deshidratada ___ Normocoloreadas ___ Palidez ___ Cianosis ___ Turgencia conservada ___

Pelo y uñas: Quebradizo ___ Implantación normal ___ Llenado capilar ___

Cabeza: Normocefálica ___ Otros:.....

Cuello: No adenopatías ___ Otros:.....

Ojos: Pupilas isocóricas ___ Normoreactivas a la luz y acomodación ___ Otros:.....

Nariz: Fosas nasales permeables ___ Secreción ___

Boca: Piezas orales completas ___ Buen estado ___ Mucosa hidratada ___ Deshidratada ___

Orofaringe: Congestiva ___ Eritematosa ___ Hiperémica ___ Amígdalas hipertróficas ___ Criptas ___ Purulentas ___

Corazón: R1 y R2 rítmicos con el pulso ___ Ruidos sobreañadidos: _____

Pulmones: Murmullo vesicular: Normal ___ Aumentado ___ Disminuido ___

Ruidos sobreañadidos: Movilización de secreciones ___ Sibilancias ___ Estertores ___ Roncus ___

Abdomen:

Región inguinogenital: No valorado ___ Valorada:.....

Región lumbar:

Extremidades Superiores: Tono conservado ___ Fuerza conservada ___ Movilidad conservada ___

Edemas ___ limitación funcional:

Extremidades Inferiores: Tono conservado ___ Fuerza conservada ___ Movilidad conservada ___

Edemas ___ limitación funcional:

DATOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

.....
.....

VALORACIÓN NATUROPÁTICA: (Reflexología, Radiestesia, Floral, Pre-test, Iridología)

.....
.....



VALORACIÓN TRADICIONAL: (Medicina Oriental, Ayurveda, Medicina Andina)

.....
.....

VALORACIÓN PRESUNTIVA NATUROPÁTICA:

.....

VALORACIÓN DEFINITIVA:

.....

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: _____

