

FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES

Nombre (s): _____

Sexo: Femenino () Masculino () Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____

Motivo de la Consulta: _____

Antecedentes Heredo-Familiares

Diabetes: _____ Enfermedades Cardiovasculares: _____

Obesidad: _____ Trastornos de la piel: _____

Hipertensión: _____ Tiroides: _____

Neoplasias: _____ Otros: _____

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS	Si	No	ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS	Si	No
Tabaquismo			Prótesis		
Alcoholismo			Integración Familiar		
Toxicomanías			Irritabilidad Emocional		
Convive con Animales			Practica Algún Deporte		
Disciplina física/Mental			Hijos		

SISTEMA CARDIORESPIRATORIO	Si	No	VASCULAR PERIFÉRICO ARTERIAL	Si	No
Asma			Hipotema manos/pies		
Hipertensión			Úlceras		
Hipotensión			Disminución de la sensibilidad		

SISTEMA PERIFÉRICO VENOSO	Si	No	URINARIO	Si	No
Padecimiento					
Varices			Comezón		
Dolor en piernas/manos			Ardor al orinar		
Edema			Incontinencia		
			Prostatitis		

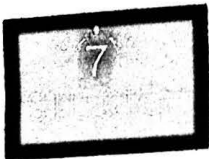
GASTROINTESTINAL	SI	No	GINECOBSTÉTICO	SI	No
Distensión Abdominal			Embarazo		
Cólicos Intestinales			Menopausia		
Digestión Lenta			Método anticonceptivo		
Gases Intestinales			Cesáreas		
Colitis			Histerectomía/salpingo		
Gastritis			Dismenorreas y cólicos		
Estreñimiento			Amenorreas		
Diarrea					
Hemorroides					

PATOLOGÍAS GRAVES	SI	No	ESTADO ACTUAL	SI	No
Cáncer			Fiebre		
Diabetes			Fatiga Crónica		
Hipoglucemia			Escalofríos		
Neoplasias			Sudoración Excesiva		
Alergias			Debilidad		
Intoxicaciones padecidas			Malestar General		
Cirugías Previas			Insomnio		
			Dolor Articular		

TRATAMIENTO PREVIO

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

HÁBITOS	
Baño	
Cambio de Ropa	
Ropa de Cama	
Ejercicio	
Comida fuera de casa	



HÁBITOS PERSONALES

Consumo de Agua/Purificada y Marca	
Alimentos más comunes:	
Alimento	Frecuencia
Res	
Pollo	
Puerco	
Pescado	
Comida fuera de casa	

SIGNOS VITALES

T.A.	F.R.
T.C.	T

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Valores de Referencia

IMC:

Menor a 18 (Bajo peso)

18 a 24.9 Normal

25 a 26.9 Sobrepeso

27 a 29.9 Obesidad grado I

30 a 39.9 Obesidad grado II

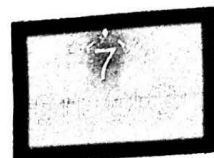
Mayor a 40 Obesidad grado III

ANTROPOMÉTRICOS

Peso	Talla

INSPECCIÓN LOCAL

EXPLORACIÓN FÍSICA



HÁBITOS PERSONALES

Consumo de Agua/Purificada y Marca	
Alimentos más comunes:	
Alimento	Frecuencia
Res	
Pollo	
Puerco	
Pescado	
Comida fuera de casa	

SIGNOS VITALES

T.A.	F.R.
T.C.	T

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Valores de Referencia	
IMC: Menor a 18 (Bajo peso) 18 a 24.9 Normal 25 a 26.9 Sobrepeso 27 a 29.9 Obesidad grado I 30 a 39.9 Obesidad grado II Mayor a 40 Obesidad grado III	
ANTROPOMÉTRICOS	
Peso	Talla

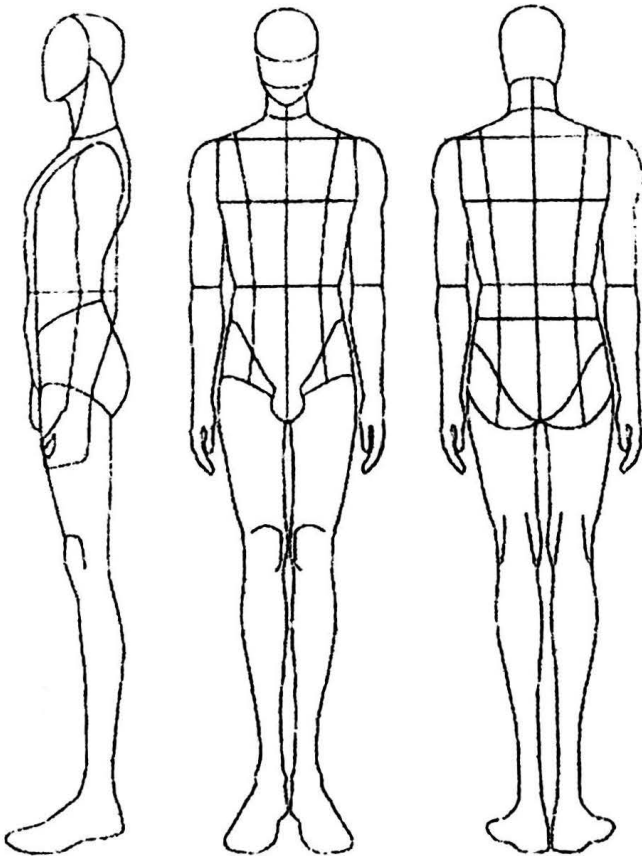
INSPECCIÓN LOCAL

EXPLORACIÓN FÍSICA

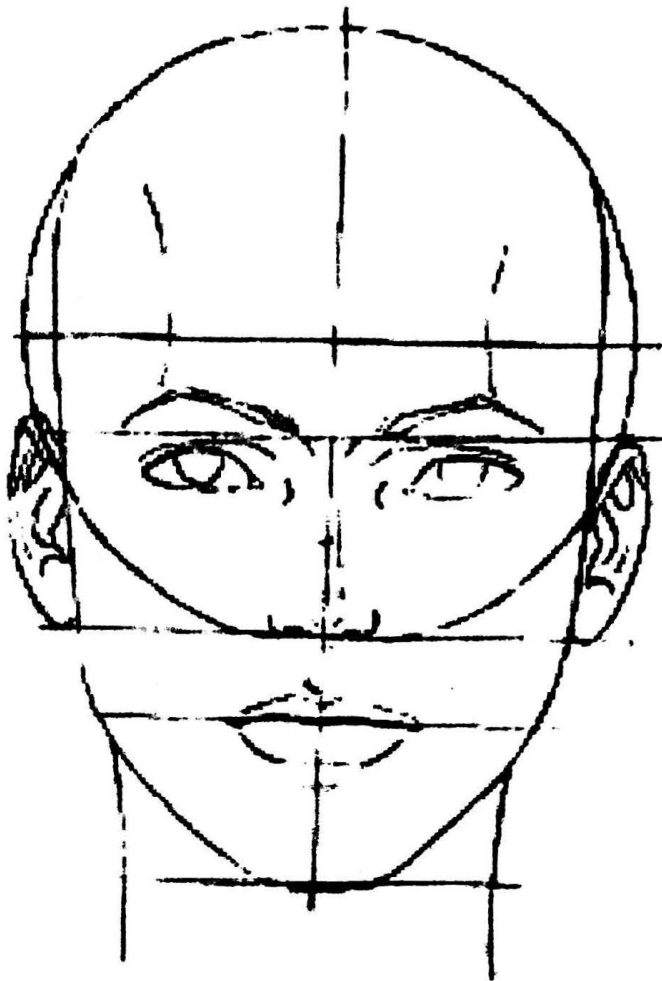
INSPECCIÓN GENERAL

PALPACIÓN

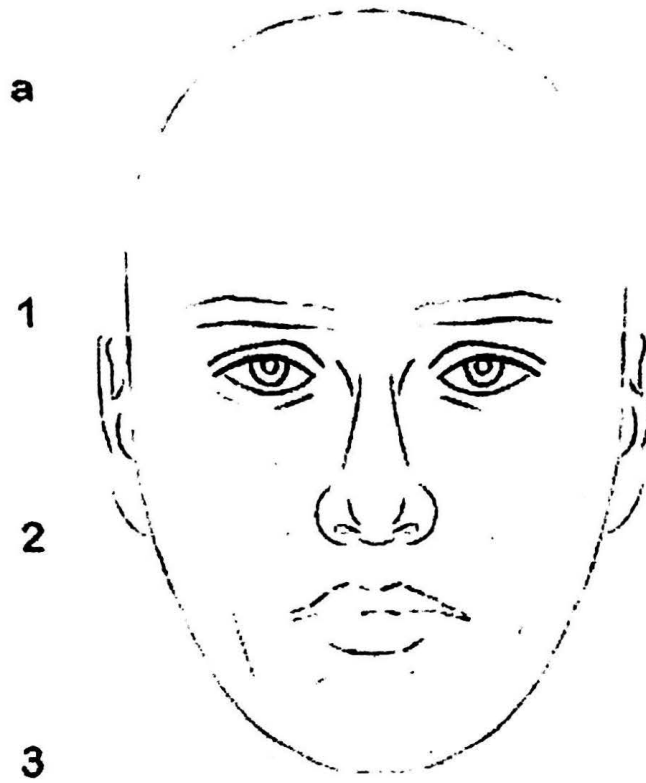
EVALUACIÓN



Adiposidad	Estrías	Flacidez



XXX- Flacidez	/////- Adipocidad	\\\\\\/- Brotes de Acné
((((/- Línea de expresión	WWW- vascularización	UUUU- Cronológica
***- Pigmentación		



XXX- Flacidez	/////- Adipocidad	\\\\\\/- Brotes de Acné
((((- Línea de expresión	WWW- vascularización	UUUU- Cronológica
***- Pigmentación		

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA****PRONÓSTICO****PLAN DE INTERVENCIÓN****TERAPEUTICA A
UTILIZAR****FRECUENCIA DE
APLICACIÓN****DOSIFICACIÓN****APOYO EN CASA****EVALUACIÓN**



Profesional en _____ y a Estudio 7 para
que se me realice el procedimiento, actividad, intervención o Plan de Tratamiento
propuesto.

FIRMAS DE CONSENTIMIENTO

Nombre Paciente:	Nombre del Profesional
Firma:	Firma:
Documento de Identidad:	Registro Profesional:

Dada en: _____ a los _____ días del mes de _____
de _____.