



## 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: \_\_\_\_\_

