



Fecha: Historia N°:.....

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre y Apellido: Edad:..... Cédula:

Fecha de nacimiento:..... Nivel de instrucción:..... Ocupación:.....

Dirección:..... Teléfono:.....

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

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

ANAMNESIS:

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. SOMA:.....

7. S. Linfático:

8. S. Nervioso:.....

EXAMEN FÍSICO GENERAL

Signos vitales: Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

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

Paciente



Biotipo:
Facies:
Actitud y postura:
Piel y mucosa:
Pelo y uñas:
Cabeza:
Cuello:
Ojos:
Nariz:
Boca:
Orofaringe:
.....
Corazón:
.....
Pulmones:
.....
Abdomen:
.....
Región inguinogenital:.....
Región lumbar:
Extremidades Superiores:.....
Extremidades Inferiores:.....

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

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: _____



Historia Clínica

HOJA DE EVOLUCIÓN CLÍNICA

FECHA			EVOLUCIÓN	INDICACIONES
D	M	A		



Historia Clínica

HOJA DE EVOLUCIÓN CLÍNICA

FECHA			EVOLUCIÓN	INDICACIONES
D	M	A		