



**CENTRO DE SALUD:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE FISIOTERAPIA**

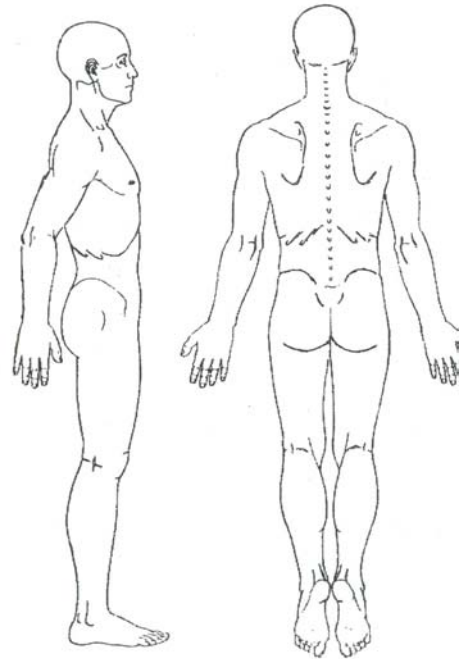
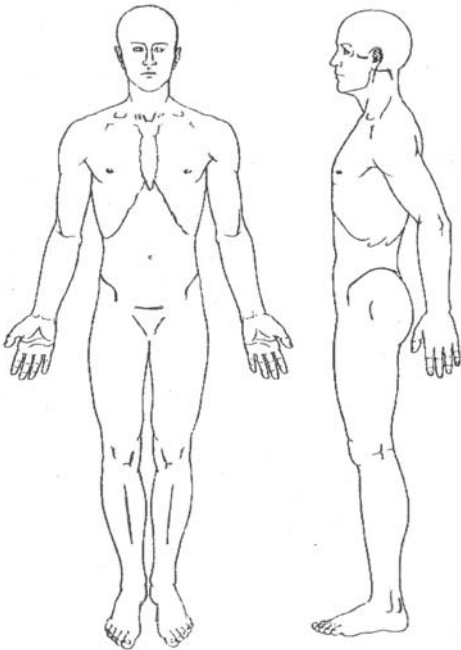
**Paciente:** \_\_\_\_\_ **NºHistoria**

--	--	--	--	--	--	--	--

**Fisioterapeuta:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico fisioterapéutico:** \_\_\_\_\_

- ¿Está embarazada, o cree estarlo?  Sí  No
- ¿Implantes metálicos?  Sí  No ¿Dónde?
- ¿Ha recibido anteriormente Tratamiento Fisioterapéutico por la misma patología?  Sí  No  
 ¿Dónde?  A.P.  A.E
- ¿Toma Tratamiento Farmacológico?  Sí  No  
 ¿Cuál?  AINES  Relajante Muscular  
 Analgésico  Otros



**SESIONES**

Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

SESIONES: C: 1ª CONSULTA / X: ASISTENCIA / F: FALTA / A: ALTA

**COMENTARIOS:**