

Historia Clínica Nº:	Fecha Confección			
Profesional	Matricula			

DATOS DEL PACIENTE														
Apellido y nombre:														
DNI									Fecha de Nacimiento			Sexo	F	M
Teléfono:							Celular:							
Ocupación:														
Obra Social:								Nº de Socio:						
Profesional Prescriptor:										Matricula:				

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, FAMILIARES Y SOCIALES
--

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

MEDICACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Por la presente deajo constancia que el/la profesional me ha informado y explicado en forma clara y completa la naturaleza, objetivos, técnicas y procedimientos así como los beneficios esperados y los eventuales efectos secundarios y riesgos que puedan producirse además de los procedimientos kinésicos alternativos. Habiendo comprendido y aclarado las dudas que surgieron doy autorización y conformidad de voluntad para que el/la profesional antes mencionado/a efectúe en mi o en la persona titular de la presente historia clínica la evaluación y tratamiento fisiokinésico propuesto.
--

Firma, Aclaración y DNI del paciente o responsable
--

Grado y Tipo de Vínculo:	Fecha			
Dirección del responsable	Teléfono:			