



FICHA TECNICA DE REHABILITACION



DATOS GENERALES.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ DIRECCION: _____
 TELEFONO: _____ DERECHOHABIENTE: _____ NO. SOBRE: _____ AREA DE TRABAJO: _____

ANTECEDENTES MEDICOS

PESO: _____ KG. TALLA: _____ MTS. IMC: _____ GENERALIDADES: _____

ALERGIAS: _____ TIPO DE SANGRE: _____ INTOXICACIONES: _____

DIABETES MELLITUS (SI) (NO) FECHA DE INICIO: _____ TX. ACTUAL _____

HIPERTENSION ARTERIAL (SI) (NO) FECHA DE INICIO: _____ TX. ACTUAL _____

DISLIPIDEMIA (SI) (NO) FECHA DE INICIO: _____ TX. ACTUAL _____

OTRO(S): _____ FECHA DE INICIO: _____ TX. ACTUAL _____

PADECIMIENTO ACTUAL O MOTIVO DE REHABILITACION

NOMBRE COMPLETO/ FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MEDICO
