

**1. EXAMEN**
**INFORMACIÓN DE LA PERSONA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Género \_\_\_\_  
 Dirección domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Grado de escolaridad: \_\_\_\_\_ Tutor (si aplica) \_\_\_\_\_  
 Medico derivante: \_\_\_\_\_ Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_  
 Situación labora \_\_\_\_\_  
 Exámenes complementarios: \_\_\_\_\_

- **HISTORIA MEDICO/QUIRURGICA.**

¿Ha tenido alguna vez una cirugía? \_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

- **ANTECEDENTES TRAUMATICOS** \_\_\_\_\_

- **ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS:** \_\_\_\_\_

Dosificación: \_\_\_\_\_

- **HISTORIA FAMILIAR.** \_\_\_\_\_

- **HABITOS SOCIALES Y DE SALUD** \_\_\_\_\_

- **HISTORIA SOCIAL-CULTURAL** \_\_\_\_\_

- **MOTIVOS DE CONSULTA A KINESIOLOGÍA:**

\_\_\_\_\_

- **CONDICIÓN ACTUAL** ¿Cuándo empezó el problema? (Mes, año) (¿Qué sucedió?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál es su percepción de salud? \_\_\_\_\_

¿Qué expectativas tiene frente al proceso de Kinesiología? \_\_\_\_\_

- **ESTADO FUNCIONAL/NIVEL DE ACTIVIDAD:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**REVISIÓN POR SISTEMAS.**

Sistema cardiovascular/pulmonar	Fc: _____ Fr: _____ TA: _____ Edema: _____
Sistema musculoesquelético	Simetría gruesa en sedente, bípedo a la actividad Rango grueso de movimiento, fuerza gruesa : _____ Talla _____ Peso _____
Sistema neuromuscular	Marcha: _____ Locomoción: Desplazamiento _____ Balance: Equilibrio _____ Enderezamiento y apoyo: _____ Función motora: Control motor, aprendizaje motor: _____
Sistema integumentaria	Color de la piel: _____ Flexibilidad de la piel _____ Características de la piel: _____ Presencia de cicatriz: _____
Comunicación, afecto, cognición y estilos de aprendizaje	Comunicación (apropiada para la edad) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Orientación: Persona, espacio y tiempo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Emocionales/comportamiento _____

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **APLICACIÓN DE TEST Y MEDIDAS:**

---

---

---

---

---

**2. EVALUACIÓN**

---

---

---

**3. DIAGNÓSTICO KINÉSICO**

---

---

---

**4. PRONÓSTICO**

---

---

---

**5. TRATAMIENTO**

	<b>OBJETIVOS FUNCIONALES</b>	<b>ESTATEGIAS DE INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADO ESPERADO</b>
<b>CORTO PLAZO</b>			
<b>MEDIANO PLAZO</b>			
<b>LARGO PLAZO</b>			

**6. NOTAS DE EVOLUCIÓN**

---

---

---

---

---

---

---