



DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION

CONTROL DE TRATAMIENTO CON TERAPIA FÍSICA

Nombre:

Filiación:

Fecha: Período del al Mes: Año:

núm	Día	CHC/ Parafina	CF	CI	US. Continuo/ Directo	Diatermia (Protocolo)	Laser de Barrido (Protocolo)	Laser (Protocolo)	Magnoterapia (Protocolo)	Ejercicios	Motivo de cambio de Tratamiento	Observaciones
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												