

**UNIDAD UNIVERISTARIA DE MEDICINA DEL DEPORTE
LABORATORIO DE REHABILITACIÓN
CONTROL DE TRATAMIENTO DE TERAPIA FÍSICA**



UADY
FACULTAD DE
MEDICINA

Nombre:

Diagnóstico:

Filiación:

Hoja: de

Ejercicio Físico: _____ Deporte: _____ Sedentario: _____

Fecha de inicio de tratamiento de rehabilitación: Día: Mes: Año:

No.	Día	Hora	Calor Superficial	Crio-terapia	Hidro-terapia	Electroterapia	Ultrasonido	Laser (Barrido /Puntal)	Diatermia	Magneto-terapia	Kinesioterapia	Observaciones	Firma del personal
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													