



DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DEPORTE Y
REHABILITACIÓN

CONSULTA EXTERNA DE TRAUMATOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA

Fecha:

Documento en
plantilla de Word

FICHA DE IDENTIDAD

Nombre:

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Edad en años:

Género:

Filiación del paciente:

Domicilio:

Estado civil:

Actividad laboral:

Teléfono del paciente:

Teléfono de un familiar:

Peso en Kg:

Talla en mts:

Índice de Quetelet:

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS



ANTECEDENTES DEPORTIVOS

Deporte principal:

Especialidad o posición:

Fecha de inicio de este deporte: Fecha de término:

Nivel:

Entrenamiento:

Tiempo por sesión en minutos: Sesiones por día Días a la semana:

Predominio: Mixto: Anaeróbico: Aeróbico:

Distribución del tiempo en las sesiones:

Calentamiento en minutos: Entrenamiento formal en minutos:

Enfriamiento en minutos:

Otras actividades deportivas:

Equipo de protección personal:

Lugar de entrenamiento:

Lesiones deportivas en los últimos seis meses

Recibió tratamiento médico: Recibió rehabilitación:

Reinició su entrenamiento:



Padecimiento actual:

Exploración física del sitio de la lesión:

Estudios de laboratorio y gabinete:

Diagnóstico:

Tratamiento:

Pronóstico:

Nombre, cédula y firma del médico

Residente

Médico responsable