



FICHA KINÉSICA

Fecha: ___/___/20__

Nombre y Apellido del/la profesional _____

Nombre y Apellido del/la paciente _____

Obra Social _____

N° de Afiliado _____

Domicilio _____

Localidad _____ CP: _____

Teléfono/celular _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ DNI _____

Profesional derivante _____ N° de Matrícula _____

Diagnóstico _____

Profesión/Ocupación _____

DIABETES HIPERTENSIÓN FUMADOR CARDÍACO EMBARAZO ARTROSIS ARTRISIS

MARCAPASOS SI NO

REEMPLAZO DE CADERA DERECHA SI NO

USA PROTESIS SI NO

REEMPLAZO DE CADERA IZQUIERDA SI NO

TIEMPO: _____

OTROS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes familiares: _____

Evaluación kinésica: _____

plan de tratamiento: _____

Objetos de tratamiento: _____

Firma del paciente o representante

Firma del/la Profesional



CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la fecha, el/la Licenciado/a: _____ (Apellido y Nombre)
MP _____ (completar Matrícula), me ha explicado en mi lengua natal y en términos sencillos que he entendido en su totalidad, la afección que padezco, denominada _____ (Patología) y los riesgos que puedo correr en el futuro, tales como _____ (detallar los riesgos).

También me ha explicado y yo he entendido que para tratarla deberé ser sometido al tratamiento de _____ (detallar tratamiento a realizar describiendo con la mayor cantidad de datos, brindando una explicación clara), para lo cual presto mi total consentimiento.

Igualmente, se me ha explicado detalladamente y he comprendido que el tratamiento al cual habré de someterme, presenta ciertos inconvenientes y riesgos, tales como _____ (detallar riesgos posibles describiendo con la mayor cantidad de datos, brindando una explicación clara), pero que por razones _____ (detallar la razones) no han sido indicadas.

Por tal motivo, acepto la indicación que se me ha realizado y por lo tanto autorizo al Licenciado/a _____ (completar Apellido y Nombre) MP _____ (completar Matrícula) para que realice el tratamiento tal cual me fue informado.

Firma del paciente o representante

Firma del/la Profesional

