



FICHA FISIOKINÉSICA ART

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente:	
DNI:	Edad:
Domicilio:	
Localidad:	Provincia:
Teléfono:	Correo electrónico:
N° de siniestro:	
Lugar y puesto de trabajo:	
Diagnóstico:	
Lugar y fecha de accidente:	
Médico prescriptor:	Fecha del pedido médico:

EVALUACIÓN INICIAL

*Marcar lo que corresponda

Fuerza Muscular (1/5): <input type="checkbox"/>	Dolor (1/10): <input type="checkbox"/>
Marcha: Normal <input type="checkbox"/> Asistida <input type="checkbox"/>	
Inflamación (1/5): <input type="checkbox"/>	
AVD: Normal <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/>	
ROM: Normal <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/>	
Lateralidad dominante I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	

Goniometría: Articulación:	Derecha	Izquierda	Inicial	Final
Flexión				
Extensión				
Abducción				
Aducción				
Rotación Interna				
Rotación Externa				
Perimetría				

Agentes físicos y técnicas kinésicas implementadas

*Marcar lo que corresponda

Magneto: <input type="checkbox"/> Ultrasonido: <input type="checkbox"/> Tens: <input type="checkbox"/> Electroestimulación: <input type="checkbox"/> Termoterapia: <input type="checkbox"/> Láser: <input type="checkbox"/>
Movilizaciones: <input type="checkbox"/> Fortalecimiento: <input type="checkbox"/> Elongación: <input type="checkbox"/> Bicicleta: <input type="checkbox"/> Propiocepción: <input type="checkbox"/>
Otros:

EVALUACIÓN FINAL

*Marcar lo que corresponda

Fuerza Muscular (1/5): <input type="checkbox"/>	Dolor (1/10): <input type="checkbox"/>
Marcha: Normal <input type="checkbox"/> Asistida <input type="checkbox"/>	
Inflamación (1/5): <input type="checkbox"/>	
AVD: Normal <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/>	
ROM: Normal <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/>	
Fecha de próxima visita al médico:	
Observaciones:	

Fecha

Firma y sello del profesional

