



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): ☐	Dolor (1/10): ☐
Marcha: Normal ☐ Asistida ☐	
Inflamación (1/5): ☐	
AVD: Normal ☐ Limitada ☐	
ROM: Normal ☐ Limitada ☐	
Lateralidad dominante I ☐ D ☐	

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: ☐	Ultrasonido: ☐	Tens: ☐	Electroestimulación: ☐	Termoterapia: ☐	Láser: ☐
Movilizaciones: ☐	Fortalecimiento: ☐	Elongación: ☐	Bicicleta: ☐	Propiocepción: ☐	
Otros:					

EVALUACIÓN FINAL

*Marcar lo que corresponda

Fuerza Muscular (1/5): ☐	Dolor (1/10): ☐
Marcha: Normal ☐ Asistida ☐	
Inflamación (1/5): ☐	
AVD: Normal ☐ Limitada ☐	
ROM: Normal ☐ Limitada ☐	
Fecha de próxima visita al médico:	
Observaciones:	

Fecha

Firma y sello del profesional



IAPSER ART
IAPSER SEGUROS

FICHA FISIOKINÉSICA ART

REGISTRO DE ASISTENCIA

Nombre completo del paciente:

DNI:

FECHA	EVOLUCIÓN	FIRMA

Firma y sello del profesional responsable

Dirección:

Localidad:

Teléfono: