

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR "ESCULAPIO"

I.S.T.E.

REGISTRO SENESCYT No. 17-061

ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES

2018

USO DE MAGNETOTERAPIA EN CONTRACTURA MUSCULAR
DE LA ESPALDA APLICADO EN PUNTOS DOLOROSOS ASHÍ,
EN UN GRUPO POBLACIONAL COMPRENDIDO ENTRE LAS
EDADES DE 15 A 60 AÑOS, UBICADO EN EL SECTOR DEL
BARRIO AMÉRICA DE LA CIUDAD DE QUITO

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA

YOLANDA PATRICIA COBOS LUPERCIO

DR. RICARDO VÉJAR ROMERO

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación sobre el magnetismo como terapia alternativa no invasiva, usada para aliviar contracturas musculares.

El estudio se realizó en 30 personas en edades entre 15 a 60 años hombres y mujeres que presentaron dolor en la espalda, tuvo una duración de 4 sesiones en las que se colocaron imanes en los puntos dolorosos, esto permitió disminuir las molestias en los diferentes participantes.

El 100% de los participantes referían tener dolor moderado a intenso. El estudio demostró que la aplicación de imanes en los puntos dolorosos con contractura, disminuyó notablemente a leve – sin dolor, lo que demuestra que la magnetoterapia es efectiva en contracturas musculares agudas a crónicas.

Palabras Claves: Magnetoterapia, imanes, contractura muscular, terapia alternativa, no invasivo.

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

CERTIFICO QUE ESTE TRABAJO USO DE MAGNETOTERAPIA EN CONTRACTURA MUSCULAR DE LA ESPALDA APLICADO EN PUNTOS DOLOROSOS ASHÍ, EN UN GRUPO POBLACIONAL COMPRENDIDO ENTRE LAS EDADES DE 15 A 60 AÑOS, UBICADO EN EL SECTOR DEL BARRIO AMÉRICA DE LA CIUDAD DE QUITO FUE REALIZADO POR: YOLANDA COBOS LUPERCIO.

Quito, 12 de enero de 2018

Dr. Ricardo Véjar Romero

“ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SE PRESENTA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PREVIOS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA POR LO QUE AUTORIZO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO PARA QUE HAGA USO DE ESTE TRABAJO Y SU CONTENIDO COMO UN DOCUMENTO DISPONIBLE PARA SU LECTURA SEGÚN LAS NORMAS DE LA INSTITUCIÓN.

CEDO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO, LOS DERECHOS DE PUBLICACIÓN DE ESTE TRABAJO O DE SUS PARTES, MANTENIENDO MIS DERECHOS DE AUTOR HASTA POR UN PERÍODO DE 3 AÑOS CONTADOS DESPUÉS DE SU APROBACIÓN.”

YOLANDA COBOS LUPERCIO

DEDICATORIA

Con profunda gratitud dedico el presente trabajo a mi familia que con su incondicional apoyo me acompañaron y alentaron hasta la culminación de este hermoso y gratificante camino.

A los docentes del Instituto Técnico Superior Esculapio por su dedicada entrega a lo largo de estos tres años. Al Dr. Ricardo Véjar Romero por su impecable guía.

Yolanda Cobos Lupercio

AGRADECIMIENTO

A Dios por la oportunidad, la sabiduría y la fortaleza para continuar y terminar una meta.

Yolanda Cobos Lupercio

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA..... | 4 |
| CUALI-CUANTITATIVO | 4 |
| 1.1 Historia Clínica | 4 |
| 1.2. Consentimiento informado | 6 |
| LIMITACIONES..... | 8 |
| CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO..... | 8 |
| ¿Cómo identificar la polaridad de un imán? | 9 |
| ¿Qué es un Imán?..... | 9 |
| ¿Cómo se mide la potencia de un Imán? | 10 |
| ¿Qué es el Magnetismo y como influye en el organismo? | 10 |
| Beneficio de los imanes (como campo magnético) en el organismo..... | 11 |
| CONTRAINDICACIONES | 12 |
| PRECAUCIONES..... | 12 |
| ¿Qué son los Músculos? | 12 |
| Músculos de la espalda:..... | 14 |
| Músculos superficiales: | 14 |
| MÚSCULOS INTERMEDIOS..... | 17 |
| MÚSCULOS PROFUNDOS:..... | 18 |
| Músculos espinales Se sitúan entre las apófisis espinosas y las transversas de las vertebras a largo de toda la columna. Ellos son: | 18 |
| Músculos inter-espinosos: de una apófisis espinosa a la de otra vértebra. Extienden el cuello y la columna..... | 18 |

| | |
|--|----|
| ¿Qué son las contracturas musculares? | 18 |
| ¿Qué es la escala EVA de dolor? | 19 |
| CAPÍTULO 3. RECOLECCIÓN DE DATOS | 20 |
| CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES..... | 25 |
| CAPÍTULO 5. RECOMENDACIONES | 26 |
| CAPÍTULO 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 26 |
| BIBLIOGRAFÍA | 26 |
| TRABAJOS CITADOS | 27 |
| CAPITULO 7. ANEXOS | 28 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico No. 1: Historia Clínica..... | 5 |
| Gráfico No.10: Consentimiento informado | 7 |
| Gráfico No. 3 Imanes a Usar | 11 |
| Gráfico No. 4: Imagen Tipo de Músculos..... | 13 |
| Gráfico No. 5: Músculo Romboides | 14 |
| Gráfico No. 6: Músculo Dorsal Ancho | 15 |
| Gráfico No. 7: Músculo Trapecio | 16 |
| Gráfico No. 8: Músculo Serrato..... | 17 |
| Gráfico No. 9: Músculos Profundos de la Espalda..... | 18 |
| Gráfico No. 10: Escala Visual Análoga del Dolor (E.V.A.) | 20 |
| Gráfico No. 11: Género y Ocupación | 23 |
| Gráfico No. 12: Zonas de mayor dolor..... | 24 |
| Gráfico No. 13: Motivos de dolor | 25 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla No. 1 Evolución del dolor según la escala visual análoga (E.V.A.) | 21 |
| Tabla No. 2: Zona de dolor y causa..... | 22 |

1. INTRODUCCIÓN

El magnetismo explica la forma en que los imanes afectan a los materiales a nivel atómico, esta relacionado con la electricidad, en todos los seres vivos existen delicados campos magnéticos, la curación con imanes se basa precisamente en la capacidad que tienen estos de influir sobre el organismo y sus funciones. (Coghill, 2001)

En 2500 A.C., Magnes, un pastor griego, descubrió una piedra imán, un imán de origen natural. Ya en el 800 A.C., la piedra imán era conocida por los griegos como lo demuestra los trabajos de Aristóteles (384-322 A.C.), Platón (429-377 A.C.), y Homero (alrededor de 850 A.C.). Desde 1100 D.C., los antiguos chinos usaron brújulas para entretenimiento y navegación.

En los primeros años del Silo XVI El famoso alquimista y médico suizo Philippus Aureolus Paracelsus (1493-1541 D.C.) marcó un hito fundamental en la historia del magnetismo, adjudico a los imanes la propiedad de curar enfermedades.

En (1540-1603) D.C., William Gilbert descubrió que la tierra era un imán. En 1820 , el descubrimiento accidental de Hans Christian Oersted conduce a el primer electroimán y motor eléctrico.

En 1989 , Los Álamos National Laboratory en Nuevo México y University of Florida (Universidad de Florida) en Gainesville proponen que un nuevo laboratorio nacional de imán sea construido en Florida State University (la Universidad del Estado de la Florida) en Tallahassee Florida.

En 1997, los ingenieros del Mag Lab completan un imán resistivo para utilizar en la estación espacial internacional. En 2010, el Mag Lab reclama el récord mundial por el imán de mas alto campo resistivo. (Bansal, 2010)

Desde tiempos antiquísimos se ha usado el magnetismo con fines curativos. Se denomina magnetoterapia al tratamiento mediante campos magnéticos. Podemos diferenciar la aplicación de campos magnéticos producidos mediante corriente eléctrica (magnetoterapia propiamente dicha) de los campos magnéticos obtenidos mediante imanes, naturales o artificiales (imán terapia).

Los campos magnéticos aplicados a la medicina son de baja frecuencia y de baja intensidad. (Rubira)

Para demostrar los beneficios de la magnetoterapia se aplica a la población muestra objeto de este estudio, que son 30 personas del sector del barrio América, en una edad entre 15 a 60 años, que presentan contracturas musculares por diferentes razones tales como: sobre esfuerzo físico, fatiga postural, hidratación deficiente, falta de ejercicio.

Se plantea el uso de imanes como una alternativa terapéutica no invasiva, en el punto doloroso (Ashí) de la contractura que se pueda ubicar en la espalda, con la finalidad de aprovechar las propiedades magnéticas del imán y los beneficios que causa el magnetismo en el organismo.

Se excluirá a las personas que presenten contraindicaciones a la terapia con imanes.

Para esto nos preguntamos: ¿Se puede disminuir parcial o totalmente el dolor que produce una contractura muscular utilizando imanes en los puntos dolorosos (Ashí)?.

El presente trabajo de investigación se realiza con la finalidad de dar a conocer en el sector del barrio América una alternativa no invasiva que va a disminuir parcial o totalmente el dolor provocado por contracturas musculares en la espalda y constatar un resultado sobre la acción de imanes en esta patología.

El objetivo del estudio es demostrar la reducción parcial o total del dolor provocado por contractura muscular en personas en una edad entre 15 a 60 años. Específicamente queremos:

1. Comprobar la efectividad de los imanes en contracturas musculares, durante un período de dos meses mediante datos otorgados por el propio paciente.
2. Colocar a la población muestra imanes cada quince días, en los puntos dolorosos llamado Ashí, hacer el seguimiento de la intensidad del dolor tomando en cuenta la escala EVA para evaluar.
3. Mediante el tratamiento conseguir la optimización personal durante la

jornada laboral en las personas muestra que presentan contracturas musculares en la espalda, en el sector del barrio América de la ciudad de Quito.

Este trabajo responde a las líneas de investigación del Instituto Tecnológico Superior Esculapio (Instituto Tecnológico Superior Esculapio s.f.), Salud y Bienestar Humano y a la sub línea Salud: Calidad de Vida, debido a lo antes mencionado el dolor por contractura muscular en la espalda influye en el ámbito personal, laboral y social de la línea de Salud y Terapias Naturales y la sub línea Salud: Terapias Ancestrales, teniendo en cuenta que la propuesta terapéutica de la magnetoterapia no invasiva, se puede mantener por varios días de forma discreta y sin que cause molestias.

En cuanto a la clasificación en el campo de educación y capacitación, CINE-F 2013 (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2013) el presente documento corresponde al campo amplio 09 Salud y Bienestar, al campo específico 091 Salud y al campo detallado 0917 Medicina y terapia tradicional y complementaria.

Es importante mencionar a su vez que la investigación aporta con los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, específicamente con el objetivo 3: "Mejorar la calidad de vida de la población" (SEMPLADES, 2013). Como se ha descrito con anterioridad, cabe recalcar que este trabajo procura brindar una alternativa viable a las personas que padecen de contracturas musculares en la espalda, por lo que directamente se contribuye a que su calidad de vida mejore.

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA

Se realiza una charla explicativa al grupo de 30 pacientes de 15 a 60 años, sobre la terapia no invasiva que consiste en la colocación de un(s) imán (s) en el sitio de la contractura, se explica que el imán debe quedarse en el sitio colocado durante varios días(4) y que lo deben conservar, si se desprendiera antes del tiempo deben comunicarlo al terapeuta encargado, previamente se hace la historia clínica y se firma el consentimiento informado por parte del propio paciente o representante legal y el terapeuta.

El área de estudio es en la ciudad de Quito en el sector gráfico del el barrio América.

La dosis a usar son uno, dos, o los que sean necesarios cada 15 días durante dos meses.

CUALI-CUANTITATIVO

Se emplea una metodología mixta, que permitirá constatar la información desde un ámbito subjetivo y objetivo, lo cual nos permitirá establecer un porcentaje de los resultados y también la apreciación personal del paciente.

1.1 Historia Clínica

Se muestra el formato en el gráfico 1

Gráfico No. 1: Historia Clínica



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 I.S.T.E.
 Registro SENESCYT No. 17-061
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|---|-----------|------------------------|----------|------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| DIRECCIÓN | | CUIDAD | TELÉFONO | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | TELÉFONO | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | | | | | |
| Hidratación | | | | | |
| Sueño | | | | | |
| Ejercicio | | | | | |
| Sedentarismo | | | | | |
| Medicamentos | | | | | |
| Tabaquismo | | | | | |
| Droga | | | | | |
| Alcohol | | | | | |
| otros | | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | | | | | |
| Alimentaria | | | | | |
| Otros | | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | 3 | | | |
| | | | | | |
| 2 | | 4 | | | |
| | | | | | |

Se muestra el formato en el gráfico 2

Gráfico No.10: Consentimiento informado



Instituto Tecnológico Superior Esculapio
Registro SENESCYT No. 17-061
I.S.T.E.
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en _____; de la ciudad de _____; en calidad de paciente _____ o como representante _____ del paciente _____; autorizo a _____, con profesión o especialidad _____; para la realización del procedimiento _____

SI ___ NO ___ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI ___ NO ___ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI ___ NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI ___ NO ___ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI ___ NO ___ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI ___ NO ___ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI ___ NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI ___ NO ___ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI ___ NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
C. IDENTIDAD: _____

Tomado del Texto Módulo de Apiterapia Aplicado 2014

Instituto Tecnológico Superior Esculapio, (2017) *Consentimiento informado*
, Tomado del texto Módulo de Apiterapia aplicado 2014.

LIMITACIONES

Las limitaciones encontradas en esta investigación son las siguientes:

El escepticismo del paciente ante el poder curativo de un imán y un punto específico del cuerpo.

La falta oportuna de información en cuanto a la permanencia del imán.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

Magneto-terapia es una técnica en la cual se usan imanes, su principio se orienta básicamente hacia un aporte a la curación natural del cuerpo, su aplicación de forma terapéutica tiende a restaurar en el organismo sus parámetros normales de salud, puede aplicarse en combinación con otras terapias, tratamientos o medicamentos.

El contacto continuo con imanes durante un determinado tiempo genera calor en el organismo, activa en forma global su sistema operativo, su influencia principal es a través del sistema circulatorio, acelera la circulación sanguínea, por lo tanto proporciona energía y tonifica el cuerpo, ayudando al organismo a recuperarse con mayor rapidez de las afecciones, cansancio, debilidad, acorta el período de convalecencia, reduce el dolor y las inflamaciones.

La Magneto-terapia resulta beneficiosa tanto en enfermedades agudas como crónicas, el tratamiento por imanes puede ser administrado a cualquier edad, solo como cuidado y protocolo se recomienda no usar en menores de dos años. (Bansal D. H., 2010)

Los imanes tienen dos polos (norte y sur o positivo y negativo) no actúan de la misma forma y tienen diversas acciones terapéuticas, el polo norte, por ejemplo, tiene una acción de retardo, controla las infecciones bacterianas y puede neutralizar las células cancerosas. El polo sur, por su parte, irradia potencia, proporciona calor y fuerza a la zona afectada, reduce la inflamación y

alivia el dolor corporal. (Instituto Superior de Ciencias M.dicas. Camagüey Dr. Ulises Sosa Salinas¹ y Téc. Consuelo V. Ramos González², 2001)

¿Cómo identificar la polaridad de un imán?

- Método de la brújula: Cuando la aguja que busca el norte con la marca N apunta hacia el imán, esto indica el lado negativo=Polo norte del imán.
- Método del magnetómetro: Este instrumento indicará mediante el dial y la aguja, si el polo es norte=negativo o sur= positivo.
- Método del imán: Simplemente hay que apilar los imanes y recordar la ley de polaridad, los polos opuestos se atraen y los iguales se repelen.
- Método de la piola: suspender un imán unipolar en el extremo de una piola, recordando que la tierra es un imán gigantesco con un polo norte y otro sur, el polo sur (+) del imán será atraído y se enfrentará con el polo norte de la tierra. (Taplín, 1994)

¿Qué es un Imán?

Los materiales que tienen un campo magnético más notable que la mayoría se denominan imanes. Un imán puede ser natural o formado magnetizando un material con propiedades magnéticas como lo es el hierro. Un material (cuyas propiedades lo permitan) se magnetiza acercándolo a un campo magnético (por ejemplo a otro imán). Los imanes tienen dos polos llamados Norte y Sur. Si se divide un imán, éste vuelve a tener nuevamente dos polos. (Física Práctica, 2007)

Los magnetos o imanes, llamados también imanes permanentes para diferenciarlos del electroimán que mantiene sus propiedades magnéticas sólo cuando está conectado a la corriente, han demostrado ser altamente beneficiosos para ciertas dolencias, en la presente investigación se van a utilizar imanes permanentes de 1.200 gauss (Instituto Superior de Ciencias M.dicas. Camagüey, 2001)

¿Cómo se mide la potencia de un Imán?

La Potencia de un imán se mide en gauss, el Doctor Goiz (13/04/1941 Puebla México) habla de que un imán es efectivo para la terapia en el rango de 1.000 a 10.000 gauss. Los Gauss son una unidad de medida, esta unidad se usa para medir la densidad de flujo magnético o inducción magnética. Esta unidad fue llamada así en honor al físico-matemático alemán Karl Friedrich Gauss, quien desarrolló y aplicó los principios matemáticos a un campo magnético en 1840.

El flujo magnético es la cantidad de magnetismo que ejerce el imán o un cuerpo magnetizado, los gauss se concentran mejor y son más altos en cuerpos magnetizados pequeños, ya que entre más grande el imán, éste dispersara más el campo magnético y por lo tanto los gauss se repartirán siempre concentrándose en el final de la masa, siendo el centro del imán el que menos carga de gaussaje presente.

Como ejemplos en la distancia de penetración con campos de Ferrita: Un imán con 1200 gauss diamagnéticos, tiene una distancia de penetración de 4,5 cm. de profundidad (skuers®, 2015)

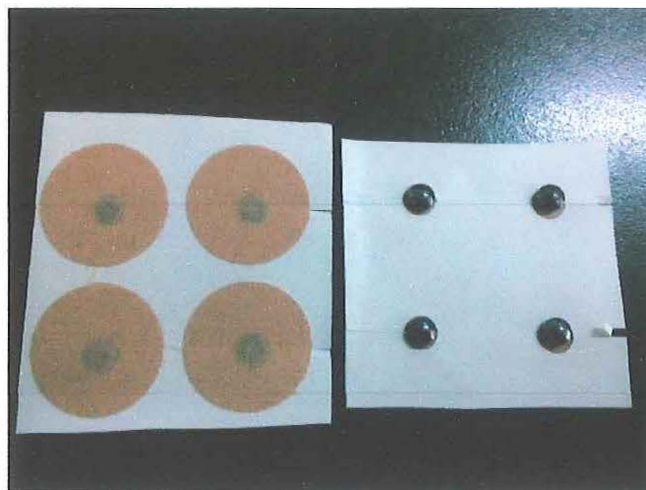
¿Qué es el Magnetismo y como influye en el organismo?

El magnetismo es una de las manifestaciones de la fuerza y energía electromagnética, constituye una de las cuatro fuerzas fundamentales de la naturaleza. Para analizar la influencia que un campo magnético puede ejercer sobre el organismo humano, debemos asumir que cada parte viva del cuerpo es un micro-imán, cada órgano esta compuesto de una cantidad de células especializadas, la fuerza de cada una de estas células depende de la demanda de la actividad realizada. A su vez la corriente eléctrica generada por estas células inducen campos magnéticos sobre y alrededor de ellas mismas, debido a esto un imán puede influir. (Mehta, Magneto terapia y acupuntura, 2009)

Los magnetos a usar en la presente investigación son imanes de ferrita de alta resistencia con 1.200 gauss, tamaño 0,6 x 0,15 cm, se coloca en

contacto directo con la piel, es suave y confortable, se le pueden utilizar por varios días.

Gráfico No. 3 Imanes a Usar



Yolanda Patricia Cobos (2017) *Imanes a Usar*, Fotografía Personal.

Beneficio de los imanes (como campo magnético) en el organismo

Los imanes ejercen variadas influencias sobre distintos órganos y funciones del cuerpo humano entre los que se cuentan:

2. El dolor muscular
3. La sangre
4. El corazón y los vasos sanguíneos
5. El sistema respiratorio
6. Los tejidos glandulares
7. La piel y la pigmentación
8. Pueden ser utilizados en tratamientos de afecciones locales y generales.
9. Sus acciones fundamentales son: analgésica, antiflogística y bacteriostática. (Mehta, Magneto terapia y acupuntura, 2009)

Las terapias magnéticas tienen su raíz sólida basada en las leyes naturales, existen entre esas leyes factores que las relacionan con otros métodos naturales tales como la acupuntura, el factor común entre estas

terapias es que ponen énfasis en la revitalización y fortalecimiento de la fuerza vital, la energía y el sistema inmunológico, el Organismo activo sus mecanismos de defensa y curación. La combinación de magnetos en puntos específicos de acupuntura constituyen un excelente apoyo en la homeostasis.

En la presente investigación se va a inspeccionar, palpar la zona de la espalda, ubicar contracturas musculares, identificar los puntos dolorosos (Ashí) y colocar un imán por punto doloroso.

La palabra A´shi significa “Esto es el punto” (del dolor más fuerte), los puntos ashí son puntos dolorosos a la presión o espontáneamente, aparecen sobre todo en patologías recientes, se consideran puntos alarma de los MTC, a menudo coinciden con puntos de los meridianos principales pero son más superficiales y su acción patológica es estrictamente local. Según Nghi y Nogueira.

CONTRAINDICACIONES

Se recomienda no utilizar en pacientes en estado de gestación, cardiopatas severos, portadores de marcapaso u otro aparato electrónico, cuando exista sensibilidad individual.

PRECAUCIONES

Esperar al menos una hora antes de ingerir alimentos, si se colocaron imanes sobre el abdomen, debido a su efecto circulatorio. Los tratamientos generales para miembros superiores e inferiores se realizan lejos de las comidas principales, se deben retirar los objetos metálicos antes de la terapia.

¿Qué son los Músculos?

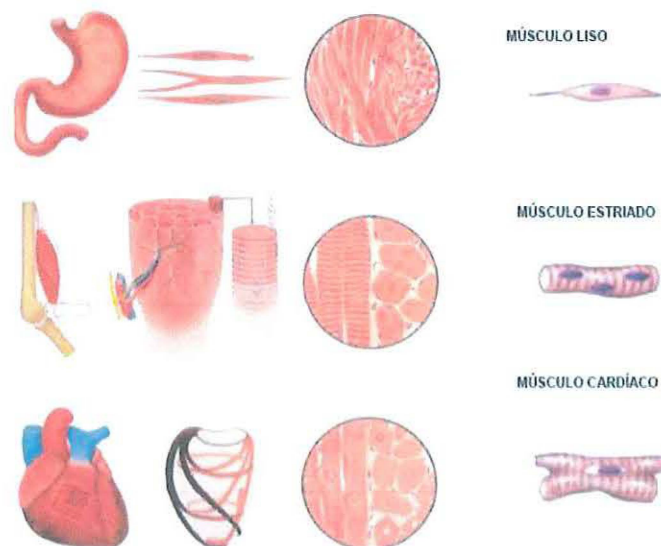
Los músculos representan la parte activa del aparato locomotor,

permiten que los huesos del esqueleto se muevan y a su vez mantienen estabilidad tanto en movimiento como en reposo.

De acuerdo a su naturaleza se clasifican:

- Músculos estriados: de control voluntario y contracción muy lenta.
- Músculos lisos: controlados de manera involuntaria, no contienen estrías.
- Músculos cardíacos: de control involuntario y naturaleza estriada modificada.

Gráfico No. 4: Imagen Tipo de Músculos



Fisioterapia, (2015) *Tipos de Musculatura*, Recuperado en línea: <http://www.blogdefisioterapia.com/algo-sobre-los-musculos>

De acuerdo a su localización se clasifican:

- Cutáneos: se encuentran inmediatamente debajo de la piel.
- Profundos: tienen, al menos, una inserción ósea.

De acuerdo a su forma se clasifican:

- Músculos circulares o esfinterianos.
- Músculos cuadrados

La unidad estructural básica del músculo es la fibra muscular estriada esquelética, en las fibras musculares encontramos filamentos de actina y miosina. Las fibras pueden ser:

De tipo I o blancas: de contracción lenta, metabolismo aeróbico y muy resistente a la fatiga.

De tipo II o Rojas: de contracción rápida y muy fatigable. (PDF, 2014)

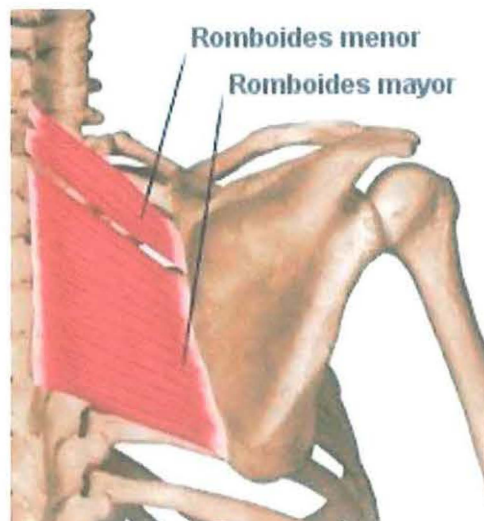
Músculos de la espalda:

Se agrupan en tres planos superficiales, intermedios y profundos.

Músculos superficiales:

Músculo romboides: Son dos músculos, uno superior o romboides menor y otro inferior o romboides mayor, se ubican desde el borde medial de la escápula hasta las apófisis espinosas de las vértebras cervicales y torácicas (el menor se inserta en C6 y C7 y el mayor desde D1 hasta D4). Su contracción ejerce una tracción de la escápula hacia atrás.

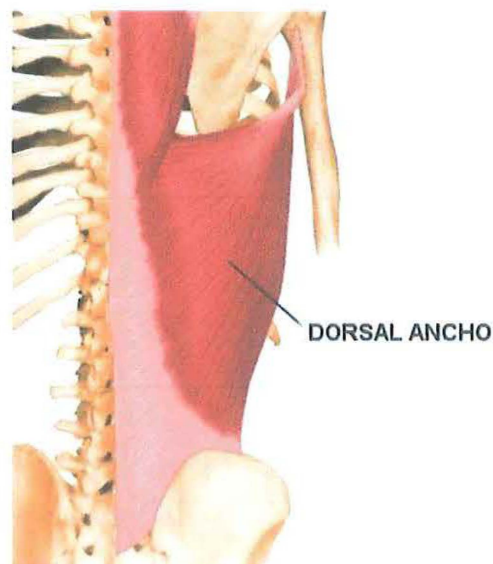
Gráfico No. 5: Músculo Romboides



Department of Radiology, University of Washington,
(2017) *Músculo Romboides*, Recuperado en línea:
<https://rad.washington.edu/muscle-atlas/>

Músculo dorsal ancho o latísimo del dorso: Es un músculo largo, ancho y amplio en forma de abanico que se inserta en las apófisis espinosas torácicas 7^a vértebra dorsal, lumbares, sacras y en la cresta ilíaca. Sus fibras convergen hacia fuera insertándose en el humero, en la corredera o canal bicipital (entre el troquíter y el troquín). Su contracción produce la extensión del brazo llevando el húmero hacia atrás. También ayuda a levantar el cuerpo cuando el húmero está fijo a una superficie (por ejemplo flexiones en barra) por lo que se conoce como el músculo de la trepa.

Gráfico No. 6: Músculo Dorsal Ancho



Department of Radiology, University of Washington, (2017) *Músculo Dorsal Ancho*, Recuperado en línea: <https://rad.washington.edu/muscle-atlas>

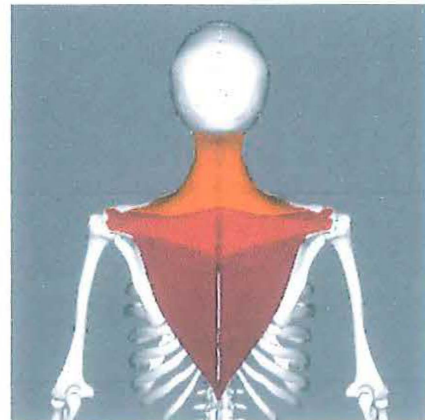
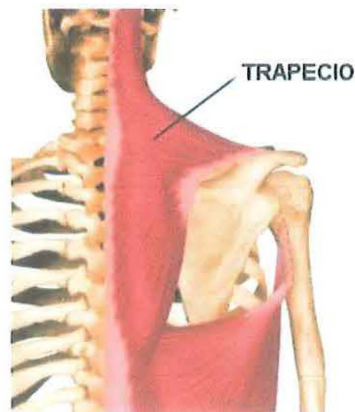
Músculo trapecio: es el músculo más superficial de la espalda. Son dos músculos de forma triangular, la parte superior se origina en la escama del occipital y se dirige a las apófisis espinosas de la 7^a vértebra cervical, se inserta en el tercio externo de la clavícula, la parte media se origina desde la apófisis espinosa de la 7^a vértebra cervical a la 3^a dorsal se inserta en el borde

interno del acromion y en el borde posterior de la espina de la escápula, la parte inferior se origina desde la apófisis espinosa de la 4ª vértebra dorsal a la 12ª dorsal se inserta en el borde superior de la espina del omóplato. Sus fibras se dirigen hacia fuera insertándose en la espina de la escápula, acromion y clavícula. La contracción de las fibras superiores elevan la escápula, la contracción de las fibras medias llevan la escápula hacia atrás y la contracción de las fibras inferiores llevan la escápula hacia abajo.

Este músculo es el principal responsable de que los hombros se mantengan en su posición y no cedan cuando los cargamos de peso, por eso el músculo trapecio trabaja bastante cuando soportamos pesos con los brazos, ya sea por debajo o por encima de la cabeza.

Se convierte en un músculo muy importante en el mantenimiento de la postura, y la mayoría de los problemas relacionados con tener los hombros cargados se deben a una mala contracción de este músculo.

Gráfico No. 7: Músculo Trapecio



Department of Radiology, University of Washington, (2017) *Músculo Trapecio*, Recuperado en línea: <https://rad.washington.edu/muscle-atlas>

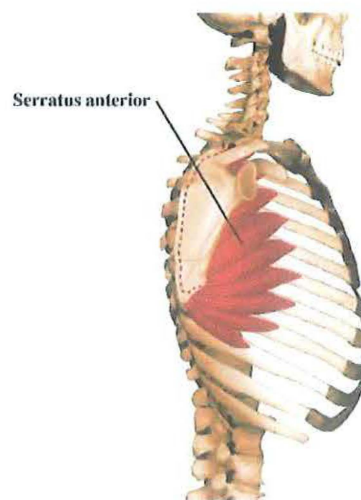
MÚSCULOS INTERMEDIOS

Los músculos pertenecientes a este plano tiene una estrecha relación con los movimientos de la escápula (omoplato). Por lo tanto para poder entender sus funciones, debemos ver primero los movimientos que realiza la articulación escapulo-torácica que se constituye como una articulación "falsa" ya que las superficies que se ponen en contacto no son óseas sino que articulan huesos y músculos. En este caso la cara posterior de la escápula articula con el músculo serrato mayor.

Músculo serrato postero superior: eleva las costillas (accesorio de la inspiración). De C5 a D2, va hasta la 5º, 6º y 7º costillas.

Músculo serrato postero inferior: desciende las costillas (accesorio de la expiración). De D12 a L3, va a la 9º, 10º, 11º y 12º costillas.

Gráfico No. 8: Músculo Serrato



Department of Radiology, University of Washington,
(2017) *Músculo Serrato*, Recuperado en línea:
<https://rad.washington.edu/muscle-atlas>

MÚSCULOS PROFUNDOS:

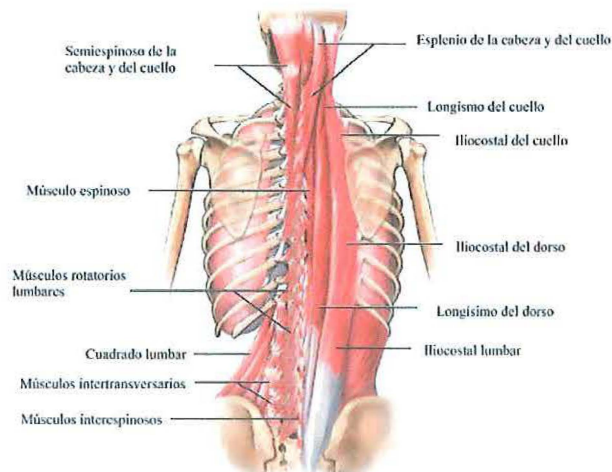
Músculos espinales Se sitúan entre las apófisis espinosas y las transversas de las vértebras a largo de toda la columna. Ellos son:

Músculos inter-espinosos: de una apófisis espinosa a la de otra vértebra. Extienden el cuello y la columna.

Músculos inter-transversos: de una apófisis transversa a la de otra vértebra. Lateralizan el cuello y la columna.

Músculo transverso espinoso: de la apófisis espinosa a transversa no adyacente (salta 4 vértebras). Contracción bilateral, extiende la columna. Contracción unilateral, rota al lado opuesto de su contracción.

Gráfico No. 9: Músculos Profundos de la Espalda



Fisioterapia, (2017) Músculos Profundos de la Espalda, Recuperado en línea: <http://www.fisioterapiaparatodos.com/dolor-dorsal-intercostal-y-escapular/>

¿Qué son las contracturas musculares?

Es una contracción continua e involuntaria del músculo o algunas de las fibras que forman el músculo, aparece al realizar un esfuerzo, estas pueden ocurrir en cualquier músculo y por lo general la persona refiere una tensión en la zona. En ocasiones la contractura muscular se puede palpar a través de la piel como si fuera un bulto o zona endurecida que produce dolor local y altera

el funcionamiento normal del músculo. A veces el dolor se puede irradiar hacia otra zona, producir dolores de cabeza, mareos, hormigueos o sensación de adormecimiento en extremidades. (Lartategui, 2015)

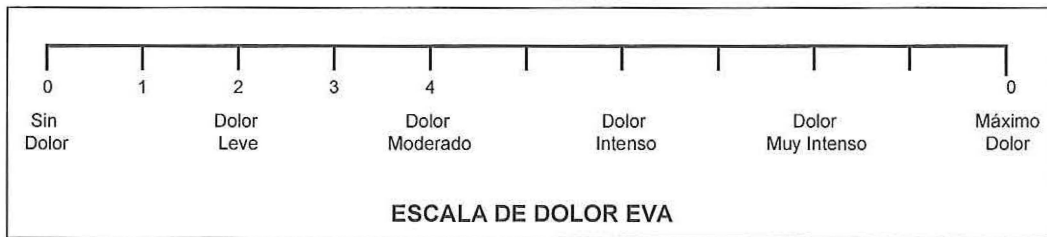
La contractura muscular puede aparecer por varias causas, como son:

- Sobreesfuerzo, generamos en el músculo una fatiga.
- Músculo debilitado o sin fuerza necesaria para realizar las actividades.
- Sedentarismo, los músculos no están en las mejores .
- Posturas repetitivas, forzadas y mantenidas por largo tiempo.
- Por estiramiento brusco de un grupo muscular.
- Por frío, este puede provocar una contracción defensiva que, mantenida en el tiempo, puede producir una contractura.
- Mala alimentación e hidratación, puede producir un acúmulo de toxinas y un mal funcionamiento de ciertos órganos como hígado y riñón.
- El estrés o la ansiedad liberan una serie de elementos químicos que llevan al músculo a un estado de contracción mantenida.
- Es una obstrucción de sangre y energía.

¿Qué es la escala EVA de dolor?

Escala visual-analógica (EVA) graduada numéricamente para valoración de la intensidad del dolor, es una prueba muy sencilla en la que el paciente en una escala de 1-10 marca la intensidad del síntoma que se le propone. Los estudios realizados demuestran que el valor de la escala refleja de forma fiable la intensidad del dolor y su evolución. Por tanto, sirve para evaluar la intensidad del dolor a lo largo del tiempo en una persona.

Gráfico No. 10: Escala Visual Análoga del Dolor (E.V.A.)



Yolanda Patricia Cobos, (2017) *Escala Visual Análoga del Dolor (E.V.A.)*

, Fotografía Original

CAPÍTULO 3. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para bajar los niveles de dolor en la espalda ocasionados por contracturas musculares en los pacientes muestra del sector del barrio América de la ciudad de Quito, se realizó un trabajo de investigación de campo, observando las posibles causas, documentando mediante historia clínica, informando y aplicando la magnetoterapia con imanes de ferrita permanentes de 1.200 gauss en los puntos dolorosos encontrados a la palpación.

Las actividades que se realizan durante la investigación son charlas que se enfocan al tema de la presente investigación, dando a conocer :

- Que son los imanes y como actúan en el organismo
- Que son y que provoca las contracturas musculares
- Como influye en el organismo los diferente hábitos que tenemos día con día tales como, estrés, fatiga postura.
- Como actúa de forma desfavorecedora en el organismo el estrés propio laboral, la postura inadecuada durante las horas laborales y la poca comodidad que se tiene a la hora de trabajar.

En la tabla No. 1 que se presenta a continuación se puede evidenciar la disminución de dolor luego de aplicada la terapia, esto en términos generales.

Tabla No. 1 Evolución del dolor según la escala visual análoga (E.V.A.)

TABLA DE EVOLUCION DE DOLOR SEGÚN ESCALA EVA

| PACIENTE No. | DÍA UNO | | | | | | DÍA DOS | | | | | | DÍA TRES | | | | | | DÍA CUATRO | | | | | |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | E.S. DER. | E.S. IZQ. | E.M. DER. | E.M. IZQ. | E.I. DER. | E.I. IZQ. | E.S. DER. | E.S. IZQ. | E.M. DER. | E.M. IZQ. | E.I. DER. | E.I. IZQ. | E.S. DER. | E.S. IZQ. | E.M. DER. | E.M. IZQ. | E.I. DER. | E.I. IZQ. | E.S. DER. | E.S. IZQ. | E.M. DER. | E.M. IZQ. | E.I. DER. | E.I. IZQ. |
| 1 | 6 | 6 | 6 | 6 | | | 5 | 5 | 4 | 7 | | | 2 | 2 | 0 | 2 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 2 | 0 | | 6 | | 0 | | | | 0 | | 7 | | 8 | | 6 | | 0 | | 2 | | 0 | | 0 | |
| 3 | | | | 5 | | | | | | 0 | | | | | 0 | | | | | | | 0 | | |
| 4 | | | | 5 | | | | | | 0 | | | | | 6 | | | | | | | 0 | | |
| 5 | 7 | | | | | | 4 | | | | | | 5 | | | | | | 0 | | | | | |
| 6 | 8 | | 8 | | | | 4 | | 4 | | | | 2 | | 2 | | | | 2 | | 2 | | | |
| 7 | | | | | 6 | | | | | | 5 | | | | | | 5 | | | | | 4 | | |
| 8 | 9 | 9 | | | | | 4 | 4 | | | | | 3 | 3 | | | | | 0 | 0 | | | | |
| 9 | 6 | | | | | | 0 | | | | | | 6 | | | | | | 0 | | | | | |
| 10 | 7 | 7 | 0 | | | | 7 | 7 | 9 | | | | 6 | 6 | 9 | | | | 6 | 6 | 9 | | | |
| 11 | 7 | | | | | | 4 | | | | | | 0 | | | | | | 4 | | | | | |
| 12 | 6 | 6 | | | | | 2 | 2 | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 | 0 | | | | |
| 13 | 10 | | 0 | | | | 0 | | 8 | | | | 0 | | 2 | | | | 0 | | 2 | | | |
| 14 | | 8 | | 6 | | | | 8 | 8 | 8 | | | | 8 | | 0 | | | | 7 | | 0 | | |
| 15 | | 9 | | 10 | | | | 4 | | 5 | | | | 4 | | 5 | | | | 4 | | 5 | | |
| 16 | | 8 | | 7 | | | | 5 | | 5 | | | | 5 | | 3 | | | | 0 | | 0 | | |
| 17 | 5 | 0 | | 5 | | 5 | 0 | 0 | | 0 | 2 | | 6 | 8 | | 0 | 0 | | 8 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| 18 | | 5 | 5 | | 5 | | | 0 | 1 | | 2 | | | 0 | 7 | | 0 | | | 0 | 2 | | 0 | |
| 19 | 10 | | | | | | 10 | | | | | | 5 | | | | | | 2 | | | | | |
| 20 | | | | 7 | | | | | | 2 | | | | | | 5 | | | | | | 2 | | |
| 21 | 7 | 7 | | | | | 4 | 4 | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 | 0 | | | | |
| 22 | 6 | 6 | | | | | 4 | 4 | | | | | 8 | 8 | | | | | 0 | 0 | | | | |
| 23 | 4 | 4 | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 | 0 | | | | |
| 24 | | 10 | | 8 | | | | 8 | 8 | 0 | | | | 0 | 0 | 0 | | | | 10 | 0 | 0 | | |
| 25 | | 9 | | 8 | | | | 5 | | 5 | | | | 3 | | 3 | | | | 3 | | 3 | | |
| 26 | 8 | 8 | | | | | 3 | 3 | | | | | 8 | 8 | | | | | 2 | 2 | | | | |
| 27 | 8 | 10 | | | | | 4 | 5 | | | | | 2 | 2 | | | | | 2 | 2 | | | | |
| 28 | | 7 | | 6 | | | | 2 | | 0 | | | | 7 | | 0 | | | | 0 | | | 0 | |
| 29 | | | | 9 | | | | | | 9 | | | | | | 4 | | | | | | 2 | | |
| 30 | 7 | 8 | | | | | 5 | 4 | | | | | 2 | 0 | | | | | 0 | 0 | | | | |

Yolanda Patricia Cobos, (2018) *Evolución del dolor según la escala visual análoga (E.V.A.)* Datos recopilados en la investigación

ANÁLISIS.- Se puede observar que del total de 30 participantes tenemos que un 60 % de los participantes refiere una disminución total del dolor en la última sesión de terapia con imanes permanentes colocados en las diferentes zonas y puntos dolorosos así, que un 33,34 % de los participantes experimentaron disminución del dolor en relación a los valores referidos en la primera sesión y que un 6,66 % de los participantes no experimentaron variaciones en la intensidad de dolor durante las sesiones.

En la tabla No. 2 que se presenta a continuación se puede evidenciar las zonas frecuentes de dolor, el género, la ocupación y el motivo que desencadena las contracturas musculares en la espalda de los pacientes muestra del presente estudio.

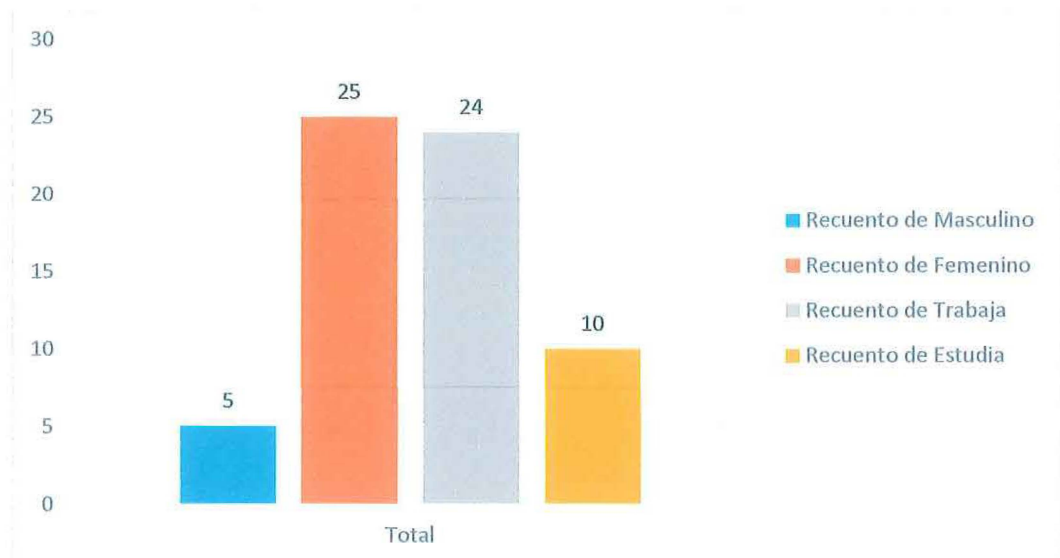
Tabla No. 2: Zona de dolor y causa

| No. De Paciente | Edad | Masculino | Femenino | Tabla Sitio del dolor y Motivo | | | Dolor Espalda superior | Dolor Espalda Media | Dolor Espalda Inferior | Estrés | Fatiga postural |
|-----------------|------|-----------|----------|--------------------------------|---------|----|------------------------|---------------------|------------------------|--------|-----------------|
| | | | | Trabaja | Estudia | | | | | | |
| 1 | 51 | Si | | Si | | Si | Si | | | Si | |
| 2 | 46 | Si | | Si | | | Si | | Si | Si | |
| 3 | 42 | | Si | Si | | | Si | | Si | | |
| 4 | 23 | | Si | | Si | | Si | | | Si | |
| 5 | 20 | | Si | | Si | Si | | | | I | |
| 6 | 20 | | Si | | Si | Si | Si | | Si | Si | |
| 7 | 45 | | Si | Si | | | Si | | | Si | |
| 8 | 15 | | Si | | Si | Si | | | | Si | |
| 9 | 48 | | Si | Si | | Si | | | | | |
| 10 | 30 | | Si | Si | | Si | Si | | Si | | |
| 11 | 22 | | Si | | Si | Si | | | Si | Si | |
| 12 | 21 | Si | | | Si | Si | | | | Si | |
| 13 | 46 | Si | | Si | | Si | Si | | | Si | |
| 14 | 54 | | Si | Si | | Si | Si | | | | |
| 15 | 46 | | Si | Si | Si | Si | Si | | Si | Si | |
| 16 | 55 | | Si | Si | | Si | Si | | Si | | |
| 17 | 46 | | Si | Si | | Si | Si | Si | Si | | |
| 18 | 40 | | Si | Si | | Si | Si | Si | Si | Si | |
| 19 | 43 | | Si | Si | | Si | | | Si | Si | |
| 20 | 36 | | Si | Si | Si | | Si | | | | |
| 21 | 56 | Si | | Si | | Si | | | Si | | |
| 22 | 55 | | Si | Si | | Si | | | Si | | |
| 23 | 32 | | Si | Si | | Si | | | Si | | |
| 24 | 54 | | Si | Si | | Si | Si | | Si | | |
| 25 | 23 | | Si | Si | Si | Si | Si | | | Si | |
| 26 | 35 | | Si | Si | | Si | | | Si | | |
| 27 | 24 | | Si | Si | | Si | | | Si | | |
| 28 | 39 | | Si | Si | | Si | Si | | | | |
| 29 | 46 | | Si | Si | | | Si | | | | |
| 30 | 44 | | Si | Si | Si | Si | | | Si | Si | |

Yolanda Patricia Cobos, (2018) *Zona de dolor y causa*, Datos recopilados en la investigación

En el gráfico No. 11 se muestra el resultado del género de participación y la ocupación de los participantes del presente estudio

Gráfico No. 11: Género y Ocupación

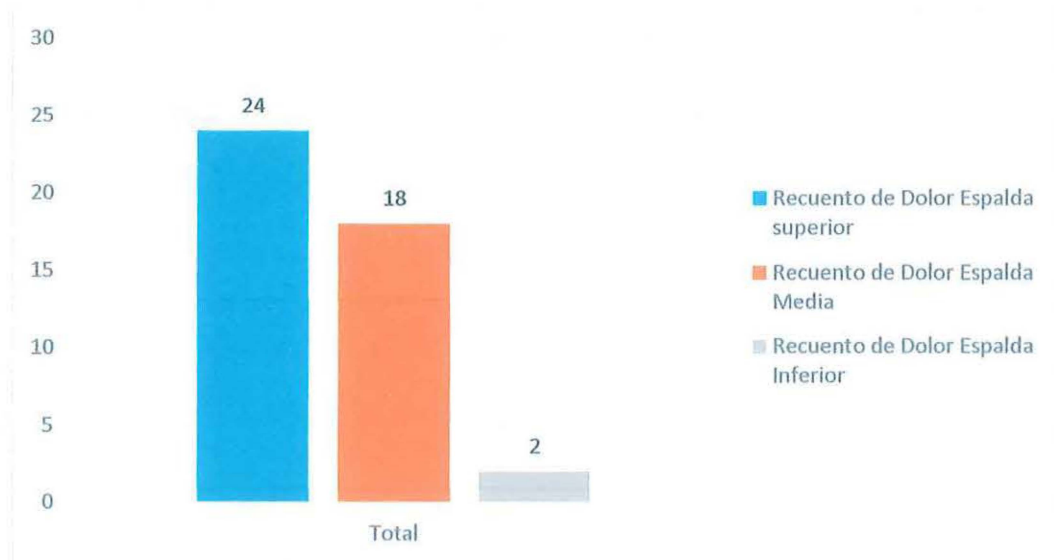


Yolanda Patricia Cobos, (2018) *Género y ocupación* Datos recopilados en la investigación

ANÁLISIS.- Se puede observar que del total de 30 participantes tenemos un 16,66 % de participación masculina, mientras que el 83,34% es participación femenina, que el 80% trabaja y el 33,33% estudia.

En el gráfico No. 12 se muestra el resultado de las zonas de mayor dolor en los participantes del presente estudio.

Gráfico No. 12: Zonas de mayor dolor

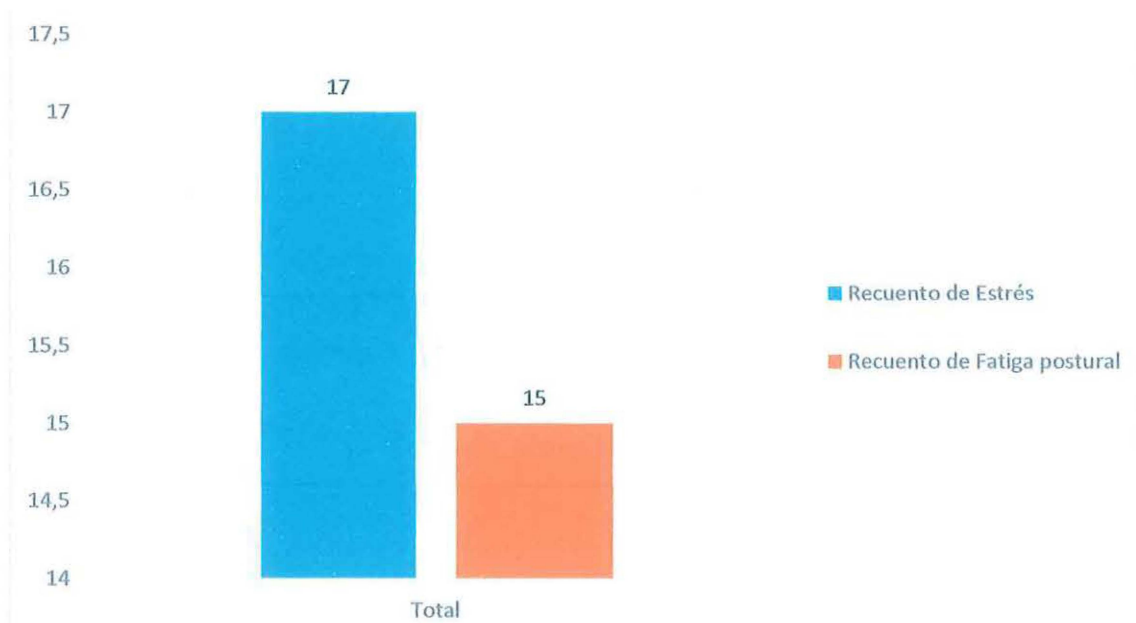


Yolanda Patricia Cobos, (2018) Zonas de mayor dolor, Datos recopilados en la investigación

ANÁLISIS.- Se puede observar que del total de 30 participantes tenemos que un 80 % de los participantes padecen contractura muscular en la espalda superior, que un 60 % de los participantes padecen contractura muscular en la espalda media y que un 6,66 % de los participantes padecen contractura muscular en la espalda inferior.

En el gráfico No. 13 se muestra el resultado de el motivo que causa dolor en los participantes del presente estudio

Gráfico No. 13: Motivos de dolor



Yolanda Patricia Cobos, (2018) Motivos de dolor, Datos recopilados en la investigación

ANÁLISIS.- Se puede observar que del total de 30 participantes tenemos que un 56,66 % de los participantes refiere que las contracturas musculares inician debido a la carga de estrés y que un 46,66 % de los participantes refiere que las contracturas musculares inician debido a la fatiga postural.

CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos recopilados, tomando en cuenta la escala visual análoga (E.V.A.) y la información dada por el paciente de una sesión a otra, mediante la palpación de la zona dolorosa del paciente muestra del presente estudio, se evidencia una mejoría en sus dolencias musculares de entre un 60 a 93,33 %, el dolor inicia en un rango de moderado a intenso, al finalizar el estudio el dolor disminuye notablemente de leve a sin dolor.

Los resultados demuestran que la terapia con imanes alivia significativamente los dolores agudos ocasionados por contracturas musculares, sin embargo en pacientes con dolores crónicos no desaparecen en su totalidad pues depende también de modificar los factores laborales y posturales.

El escepticismo en cuanto a los beneficios que se pueden obtener de una terapia no invasiva, va cambiando debido a la evidencia que siente el paciente luego del estudio realizado.

CAPÍTULO 5. RECOMENDACIONES

- Se recomienda acortar el tiempo de sesión a sesión es decir no cada quince días sino cada semana para obtener mejores resultados en casos crónicos.
- Se recomienda incrementar al estudio técnicas de estiramiento, lo cual va a favorecer el bienestar del paciente luego de finalizado el tratamiento con imanes.
- Se recomienda al estudio incrementar técnicas de manejo de estrés, lo cual va a favorecer el bienestar del paciente luego de finalizado el tratamiento con imanes.

CAPÍTULO 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

Instituto Superior de Ciencias M.dicas. Camagüey Dr. Ulises Sosa Salinas1 y Téc. Consuelo V. Ramos González2. (28 de 04 de 2001). *Uso terapéutico de imanes*. Recuperado el 25 de 07 de 2017, de datelobueno.com/wp-content/.../Manual-práctico-de-biomagnetismo-holistico.pdf

Instituto Superior de Ciencias M.dicas. Camagüey. (28 de 04 de 2001). Recuperado el 25 de 07 de 2017, de datelobueno.com/wp-content/.../Manual-práctico-de-biomagnetismo-holistico.pdf

Bansal, D. H. (2010). *Magneto Terapia* (4 ed., Vol. 4). (R. R. Reynolds, Trad.) Nuew Deli, India: Ediciones Continente.

Bansal, D. H. (2010). *Magneto Terapia Cura por los campos Energéticos* (4ta Edición : Septiembre de 2010 ed., Vol. 4). (R. R. Reynolds, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Ediciones Continente.

curso, C. d. (2005). *Ferrita*. Recuperado el 12 de 01 de 2018, de Ferrita: webdeptos.uma.es/qicm/Doc_docencia/Tema4_CM.pdf

Coghill, R. (2001). *El libro de la magneto terapia*. (G. P. Ortega, Trad.) Sirio S.A.

Física Práctica. (2007). *Que es un imán*. Recuperado el 25 de 07 de 2017, de <http://www.fisicapractica.com/iman-es-magnetismo.php>

Lartategui, J. D. (01 de 11 de 2015). *Contractura muscular*. Recuperado el 25 de 07 de 2017, de <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/nudos-en-la-espalda-contracturas-musculares-que-son>

Mehta, D. A. (2009). *Magneto terapia y acupuntura*. (R. R. Reynolds, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Ediciones continental.

Mehta, D. A. (2009). *Magneto terapia y acupuntura*. (R. R. Reinolds, Trad.) Argentina, Buenos Aires: Ediciones Continental.

PDF, L. m. (20 de 03 de 2014). *Enfermedades musculares*. Recuperado el 6 de 11 de 2017, de Enfermedades musculares: <https://www.ucm.es/.../420-2014-03-20-07%20Lesiones%20Musculares>

skuers®, J. P.-M. (10 de 04 de 2015). *Imanes*. Recuperado el 25 de 07 de 2017, de <https://www.i-manes.com/que-son-los-gauss.html>

Rubira, J. Z. (s.f.). *Magneto terapia fija*. Recuperado el 25 de 07 de 2017, de www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/magneto.morrillo.pdf

Taplin, W. H. (1994). *Guía Práctica de Magnetoterapia Médica. La medicina energética del futuro*. (M. Ediciones, Ed.) Espejo, Madrid, España: Mandala Ediciones.

Trabajos citados

Instituto Superior de Ciencias M.dicas. Camagüey Dr. Ulises Sosa Salinas¹ y Téc. Consuelo V. Ramos González². (28 de 04 de 2001). *Uso terapéutico de imanes*. Recuperado el 25 de 07 de 2017, de datelobueno.com/wp-content/.../Manual-práctico-de-biomagnetismo-holistico.pdf

Instituto Superior de Ciencias M.dicas. Camagüey. (28 de 04 de 2001). Recuperado el 25 de 07 de 2017, de datelobueno.com/wp-content/.../Manual-práctico-de-biomagnetismo-holistico.pdf

Bansal, D. H. (2010). *Magneto Terapia* (4 ed., Vol. 4). (R. R. Reynolds, Trad.) Nuew Deli, India: Ediciones Continente.

Bansal, D. H. (2010). *Magneto Terapia Cura por los campos Energéticos* (4ta Edición : Septiembre de 2010 ed., Vol. 4). (R. R. Reynolds, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Ediciones Continente.

curso, C. d. (2005). *Ferrita*. Recuperado el 12 de 01 de 2018, de Ferrita: webdeptos.uma.es/qicm/Doc_docencia/Tema4_CM.pdf

Coghill, R. (2001). *El libro de la magneto terapia*. (G. P. Ortega, Trad.) Sirio S.A.

Física Práctica. (2007). *Que es un imán*. Recuperado el 25 de 07 de 2017, de <http://www.fisicapractica.com/imanes-magnetismo.php>

Lartategui, J. D. (01 de 11 de 2015). *Contractura muscular*. Recuperado el 25 de 07 de 2017, de <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/nudos-en-la-espalda-contracturas-musculares-que-son>

Mehta, D. A. (2009). *Magneto terapia y acupuntura*. (R. R. Reynolds, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Ediciones continental.

Mehta, D. A. (2009). *Magneto terapia y acupuntura*. (R. R. Reinolds, Trad.) Argentina, Buenos Aires: Ediciones Continental.

PDF, L. m. (20 de 03 de 2014). *Enfermedades musculares*. Recuperado el 6 de 11 de 2017, de Enfermedades musculares: <https://www.ucm.es/.../420-2014-03-20-07%20Lesiones%20Musculares>

skuers®, J. P.-M. (10 de 04 de 2015). *Imanes*. Recuperado el 25 de 07 de 2017, de <https://www.i-manes.com/que-son-los-gauss.html>

Rubira, J. Z. (s.f.). *Magneto terapia fija*. Recuperado el 25 de 07 de 2017, de www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/magneto.morrillo.pdf

Taplin, W. H. (1994). *Guía Práctica de Magnetoterapia Médica. La medicina energética del futuro*. (M. Ediciones, Ed.) Espejo, Madrid, España: Mandala Ediciones.

CAPITULO 7. ANEXOS



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.
 Registro SENESCYT No. 17-061
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|--|---|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 1 | 21/07/ 1966 | 51 | M | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Benalcazar OE9-89 y Oriente | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Sistemas | Sistemas | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda superior | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace unas tres semana | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace un año y medio | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 6/10. | | | | | |
| Inicia por fatiga postural | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior y medio. | | | | | |
| Se irradia hacia el hombro y ocasionalmente hacia la cintura | | | | | |
| El dolor es sordo | | | | | |
| No está seguro pues toma analgésicos apenas siente cualquier dolor. | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come carne, ensalada y todo el tiempo snacks, a veces ese es su almuerzo. | | | | |
| Hidratación | Toma 3 vasos de agua y al menos 2 vasos de coca cola al día | | | | |
| Sueño | 8 horas continuas. | | | | |
| Ejercicio | No. | | | | |
| Sedentarismo | Si. | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | |
| Tabaquismo | Si por lo menos 6 cigarrillos al día | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | Si una vez al mes. | | | | |
| otros | | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | No. | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Su trabajo consiste en hacer mantenimiento de sistemas de computación, 8 horas de trabajo diario, se levanta a caminar y hacer estiramiento por lo menos cada hora. por la fatiga postural duela la espalda. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|---|---|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 2 | 11/02/ 1971 | 46 | M | Católica |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Calle México N17-124 y Bogotá | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Diseñador | Diseñador | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda media | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace varios días | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace unos dos años en intervalos le da dolor de espalda media y baja, en épocas no es siempre | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 6/10. | | | | | |
| Inicia por estrés y fatiga laboral. | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio medio. | | | | | |
| No se irradia | | | | | |
| El dolor es urente | | | | | |
| No hay síntomas acompañantes. | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come en casa o en restaurante, depende de la carga laboral. | | | | |
| Hidratación | Toma 4 vasos de líquido entre jugo o infusiones, agua mineral | | | | |
| Sueño | 8 horas constantes. | | | | |
| Ejercicio | No. | | | | |
| Sedentarismo | Sí. | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | |
| Tabaquismo | Si desde los 16 años, fuma por lo menos 3 cigarrillos al día. | | | | |
| Droga | No. hace unos 26 años si | | | | |
| Alcohol | No. hace unos 6 años si | | | | |
| otros | | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | No. | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Trabaja en diseño gráfico, realización de trabajos BTL, trabajos manuales, manipula químicos si ninguna protección, corta maderas y acrílicos sin ninguna protección, el lugar donde trabaja es muy frío, la silla que usa para el trabajo de diseño es inadecuada, cuando hay carga laboral el horario se extiende a varias horas. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 3 | 5/04/ 1975 | 42 | F | Católica |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Rita Lecumberry N2-03 y José Palomino | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Imprenta digital | Administración | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda media | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace dos días | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace dos días. | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 5/10. | | | | | |
| Inicia por estrés | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio medio. | | | | | |
| No se irradia | | | | | |
| El dolor es urente | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come en casa. | | | | |
| Hidratación | Toma 2 vasos de jugo o infusiones muy poca gaseosa | | | | |
| Sueño | 8 horas constantes y fines de semana 10 horas. | | | | |
| Ejercicio | No. | | | | |
| Sedentarismo | Sí. | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | |
| Tabaquismo | No. | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | No. | | | | |
| otros | | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | No. | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Trabaja en diseño gráfico, la silla que usa es totalmente inadecuada, realiza varias funciones en la empresa, le duele la muñeca por la manipulación del mouse. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|--|---|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 4 | 4/09/ 1994 | 23 | F | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| México N17-124 y Bogotá | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Estudiante/Diseño | Diseñadora | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda media | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace un mes. | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace un mes. | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 5/10. | | | | | |
| Fatiga postural en la horas laborales | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio medio. | | | | | |
| No se irradia | | | | | |
| El dolor es urente | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come en casa / Comida chatarra rápida hamburguesas | | | | |
| Hidratación | 1 vasos de jugo, gaseosas y toma gatorade | | | | |
| Sueño | 8-6 horas en intervalos | | | | |
| Ejercicio | Si camina 15 minutos diarios. | | | | |
| Sedentarismo | No. | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | |
| Tabaquismo | No. | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | No. | | | | |
| otros | Constantemente esta en el computador viendo series. | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | No. | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Estudia por la mañana y por la tarde trabaja en diseño gráfico, la silla que usa es totalmente inadecuada, entre el trabajo y ver las series pasa entre 4 a 5 horas sentada. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 5 | 24/09/ 1997 | 20 | F | Católica |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Carcelén Jorge Gutierrez OE23-29 | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Estudiante/Inglés y Música | Asistente Logística Imprenta | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda Superior | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace dos semanas. | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace dos semanas. | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 7/10. | | | | | |
| No sabe por que motivo inicia el dolor | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior. | | | | | |
| Se irradia hacia el hombro y el cuello. | | | | | |
| El dolor es urente | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come en casa, no comida chatarra | | | | |
| Hidratación | Toma 4 vasos de líquido entre agua e infusiones. | | | | |
| Sueño | 8 horas continuas | | | | |
| Ejercicio | Si. | | | | |
| Sedentarismo | No. | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | |
| Tabaquismo | No. | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | Si dos veces al mes. | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | Polvo y lana de perro. | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Estudia por la mañana y por la tarde trabaja en una imprenta. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 6 | 19/04/ 1997 | 20 | F | |
| DIRECCIÓN | | CUIDAD | TELÉFONO | | |
| Carcelén Jorge Gutierrez OE23-29 | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Estudiante | Diseño | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda Superior y media | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace tres semanas. | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace tres semanas. | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 8/10. | | | | | |
| Inicia por fatiga postural y estrés por carga de tareas en la universidad. | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior y medio. | | | | | |
| No se irradia. | | | | | |
| El dolor es urente | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Desayuna poco, no almuerza, se llega a desmayar, no se da tiempo para alimentarse. | | | | |
| Hidratación | Toma 2 vasos de líquido entre agua, gaseosa. | | | | |
| Sueño | 3 horas debido a la carga de tareas, en días normales duerme 8 horas continuas. | | | | |
| Ejercicio | No. | | | | |
| Sedentarismo | Si. | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | |
| Tabaquismo | No. | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | Si dos veces al mes. | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | Ninguna. | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Estudia en la universidad diseño, pasa la mayor parte del tiempo haciendo tareas en la computadora. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | 3 | | | |
| 2 | | 4 | | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|--|---|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 7 | 14/06/ 1972 | 45 | F | Católica |
| DIRECCIÓN | | CUIDAD | TELÉFONO | | |
| Rita Lecumberry N2-03 y José palomino | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Diseñadora gráfica | Tecnóloga Médica | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda media | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace un año | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace un año | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 6/10 y 8/10 | | | | | |
| Inicia por fatiga postural | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio medio. | | | | | |
| Se irradia hacia el brazo derecho. | | | | | |
| El dolor es urente | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come en casa lo más sano posible. | | | | |
| Hidratación | Toma 3 vasos de líquido entre agua y jugo y té. | | | | |
| Sueño | 7 horas en intervalos. | | | | |
| Ejercicio | No. | | | | |
| Sedentarismo | Si. | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | |
| Tabaquismo | No. | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | No. | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | Tramal. | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | Ninguna. | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Su trabajo consiste en hacer diseño gráfico en computadora, pasa más de 8 horas sentada. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|--|---|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 8 | 23/01/ 2002 | 15 | F | Católica |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Rita Lecumberry N2-03 y José palomino | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Estudiante | Estudiante | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda Superior | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó 25/10/2017 | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó 25/10/2017 | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 9/10 | | | | | |
| Inicia por fatiga postural | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior. | | | | | |
| Se irradia a la cabeza y ojo derecho | | | | | |
| El dolor es urente | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come en casa / comida chatarra/ postres y dulces. | | | | |
| Hidratación | Toma 4 vasos de líquido entre agua y jugo y gaseosas. | | | | |
| Sueño | 8 horas continuas, fin de semana 10 horas. | | | | |
| Ejercicio | Si en el colegio. | | | | |
| Sedentarismo | No. | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | |
| Tabaquismo | No. | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | No. | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | Ninguna. | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Es estudiante, tiene fatiga postural, el escritorio no es adecuado ni la silla, el lugar de trabajo es muy frio. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 9 | 22/02/69 | 48 | F | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Ciudad el Sol casa 72 Mitad del Mundo | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Logística Imprenta | | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda superior | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace una semana | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace una semana | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 6/10. | | | | | |
| Inicia por levantar paquetes pesados | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior. | | | | | |
| No se irradia. | | | | | |
| El dolor urente. | | | | | |
| No hay síntomas acompañantes. | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come en restaurante de lunes a viernes, no desayuna. | | | | |
| Hidratación | Toma 5 vasos de agua. | | | | |
| Sueño | 6 horas continuas. | | | | |
| Ejercicio | Camina por cuestiones de trabajo. | | | | |
| Sedentarismo | No, salta sogas fines de semana. | | | | |
| Medicamentos | Si, levo tiroxina | | | | |
| Tabaquismo | Si por lo menos 6 cigarrillos al día | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | No. | | | | |
| otros | | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Su trabajo consiste en realizar la logística de la imprenta en la que trabaja. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 10 | 28/01/ 1987 | 30 | F | Católica |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Rita Lecumberry N2-03 y José palomino | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Logística Imprenta | Tecnica Enfermería | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda Superior y cuello | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace seis meses | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace seis meses | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 9/10 y 7/10 | | | | | |
| Inicia en las horas laborales, por carga laboral | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior. | | | | | |
| Se irradia a la cabeza | | | | | |
| El dolor es urente | | | | | |
| Tiene dolor de estómago y náuseas | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come en casa, carbohidratos, chancho, embutidos, fritos, huevos. / comida chatarra/ postres y dulces | | | | |
| Hidratación | Toma 4 vasos de líquido entre agua y jugo y gaseosas. | | | | |
| Sueño | 6 horas continuas, siempre esta con sueño y cansada. | | | | |
| Ejercicio | No | | | | |
| Sedentarismo | Si | | | | |
| Medicamentos | Si Ibuprofeno 2 diarias 3 veces a la semana por dolor de espalda cuello y cabeza. | | | | |
| Tabaquismo | No | | | | |
| Droga | No | | | | |
| Alcohol | No | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No | | | | |
| Alimentaria | No | | | | |
| Otros | Sol | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Su trabajo consiste en realizar la logística de la empresa, camina, se cansa y le duelen las piernas. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |

7.- EXAMEN FISICO DE PALPACIÓN EN LA ZONA CONTRACTURADA

Primer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior derecho e izquierdo dolor 7/10 entre hombro y cuello, dolor a la altura de la 4a vértebra cervical izquierdo dolor 10/10

Segundo día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior derecho e izquierdo dolor 7/10 entre hombro y cuello, dolor a la altura de la 4a vértebra cervical izquierdo dolor 10/10 y dolor en las fibras del músculo trapecio a la altura de la 3a vértebra dorsal lado derecho 9/10

Tercer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior derecho e izquierdo dolor 6/10 entre hombro y cuello, dolor a la altura de la 4a vértebra cervical izquierdo dolor 9/10 y dolor en las fibras del músculo trapecio a la altura de la 3a vértebra dorsal lado derecho 8/10

Cuarto día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior derecho e izquierdo dolor 6/10 entre hombro y cuello, dolor a la altura de la 4a vértebra cervical izquierdo dolor 9/10 y dolor en las fibras del músculo trapecio a la altura de la 3a vértebra dorsal lado derecho 8/10

8.- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

| FECHA | |
|------------|---|
| 25/10/2017 | Se coloca tres imanes en los puntos dolorosos. |
| | |
| 8/11/2017 | Se coloca 4 imanes en los puntos dolorosos. |
| | Paciente refiere que el dolor sigue igual |
| 22/11/2017 | Se coloca 4 imanes en los puntos dolorosos. |
| | Paciente refiere que el dolor disminuyo mínimamente |
| 6/12/2017 | Se coloca 4 imanes en los puntos dolorosos. |
| | Paciente refiere que el dolor es igual. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

9.-Observaciones: _____
 Paciente refiere que durante el estudio sus molestias no disminuyeron y que no hizo caso las recomendaciones dadas en cuanto a estiramiento, hidratación y alimentación.
 Refiere que se siente mejor unos 2 días tomando medicación química.



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|----------|------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 11 | 18/04/ 1995 | 22 | F | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Ciudadela Imbaya Calle H y H. Paredes | | Otavaló | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | | TELÉFONO |
| Estudiante | Estudiante | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda Superior | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace seis meses | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace seis meses | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 7/10 | | | | | |
| Inicia justo cuando entra a clases por fatiga postural al hacer tareas y estudiar. | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior. | | | | | |
| Se irradia a la cabeza lado derecho | | | | | |
| El dolor urente | | | | | |
| No se refiere síntomas acompañantes. | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come en casa. | | | | |
| Hidratación | Toma 8 vasos de líquido entre agua y jugo | | | | |
| Sueño | 6 horas no continuas debido a las tareas. | | | | |
| Ejercicio | Si en la universidad y también camina todos los días. | | | | |
| Sedentarismo | No | | | | |
| Medicamentos | Ninguno | | | | |
| Tabaquismo | No | | | | |
| Droga | No | | | | |
| Alcohol | una vez al mes | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No | | | | |
| Alimentaria | Camarón | | | | |
| Otros | Dermografismo (Aparición en la piel de señales rojizas con un ligero relieve después de pasar por ella un instrumento agudo o áspero.) | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Estudia y el dolor aparece por la postura al hacer deberes. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | 3 | | | |
| 2 | | 4 | | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|----------|----------|----------|---|--|--|--|--|--|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | | | | | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN | | | | | | |
| PACIENTE No. | 12 | 23 /05/ 1996 | 21 | M | Católica | | | | | | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | | | | | | | |
| Santo Domingo | | Quito | | | | | | | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | | | | | | | |
| Diseñador Gráfico | Diseñador / Estudiante | | | | | | | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | | | | | | | |
| Dolor de espalda Superior | | | | | | | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | | | | | | | |
| Comenzó hace una semana | | | | | | | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó una semana | | | | | | | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 5/10 | | | | | | | | | | | |
| Inicia cuando viaja y por fatiga postural cuando hace tareas. | | | | | | | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior. | | | | | | | | | | | |
| No se irradia. | | | | | | | | | | | |
| El dolor urente | | | | | | | | | | | |
| No se refiere síntomas acompañantes. | | | | | | | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | | | | | | | |
| Alimentarios | Come en casa Normal. | | | | | | | | | | |
| Hidratación | Toma 8 vasos de líquido entre agua y jugo | | | | | | | | | | |
| Sueño | 7 horas continuas y cuando hay muchas tareas apenas 3 horas | | | | | | | | | | |
| Ejercicio | Poco camina 2 horas | | | | | | | | | | |
| Sedentarismo | No | | | | | | | | | | |
| Medicamentos | Ninguno | | | | | | | | | | |
| Tabaquismo | No | | | | | | | | | | |
| Droga | No | | | | | | | | | | |
| Alcohol | una vez al mes | | | | | | | | | | |
| otros | - | | | | | | | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | | | | | | | |
| Medicamentosa | No | | | | | | | | | | |
| Alimentaria | Ninguna | | | | | | | | | | |
| Otros | Polvo | | | | | | | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| Trabaja sus horas libres en la oficina de diseño gráfico de su papá, manipulando archivos. el resto del tiempo dedicado a sus estudios. | | | | | | | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | 3 | | | | | |
| 2 | | | | | | 4 | | | | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|----------|----------|----------|---|--|--|--|--|--|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | | | | | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN | | | | | | |
| PACIENTE No. | 13 | 20 /01/ 1971 | 46 | M | Católica | | | | | | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | | | | | | | |
| Santo Domingo | | Quito | | | | | | | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | | | | | | | |
| Diseñador Gráfico | Diseñador Gráfico | | | | | | | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | | | | | | | |
| Dolor de espalda superior y media | | | | | | | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | | | | | | | |
| Comenzó hace tres semanas | | | | | | | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó tres semanas | | | | | | | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 10/10 en el músculo trapecio superior lado derecho y músculo dorsal ancho a la altura de la 11a vértebra dorsal lado derecho con una intensidad de 8/10 | | | | | | | | | | | |
| Inicia cuando hay carga laboral, fatiga postural y los fines de semana que viaja. | | | | | | | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior y el músculo dorsal ancho. | | | | | | | | | | | |
| Se irradia hacia la zona occipital y la cabeza en una ocasión hacia el ojo derecho. | | | | | | | | | | | |
| El dolor urente | | | | | | | | | | | |
| No se refiere síntomas acompañantes. | | | | | | | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | | | | | | | |
| Alimentarios | Come en casa y en la calle, le gusta comer con maní y abundante. | | | | | | | | | | |
| Hidratación | Toma 8 vasos de líquido entre agua , té aromáticos / gaseosas | | | | | | | | | | |
| Sueño | 7 horas continuas | | | | | | | | | | |
| Ejercicio | Poco camina 4 km diarios. | | | | | | | | | | |
| Sedentarismo | No | | | | | | | | | | |
| Medicamentos | Ninguno | | | | | | | | | | |
| Tabaquismo | No | | | | | | | | | | |
| Droga | No | | | | | | | | | | |
| Alcohol | No | | | | | | | | | | |
| otros | - | | | | | | | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | | | | | | | |
| Medicamentosa | No | | | | | | | | | | |
| Alimentaria | Ninguna | | | | | | | | | | |
| Otros | Polvo | | | | | | | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| Su trabajo consiste en estar frente al computador haciendo diseño por lo menos 5 horas al día, la silla que usa no es nada adecuada. | | | | | | | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | 3 | | | | | |
| 2 | | | | | | 4 | | | | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|--|--|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 14 | 8/10/1963 | 54 | F | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Av. Amazonas 24-260 y Colón | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Cosmética | Cosmética | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de la espalda superior y media | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace un año. | | | | | |
| Realmente el duele desde hace un año. | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 8/10 en el músculo trapecio superior izquierdo y en el músculo trapecio medio a la altura de la 5a vértebra dorsal lado izquierdo. | | | | | |
| Paciente refiere que duele por el peso del busto, antes no dolía nunca. | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en las fibras de los músculos trapecio superior y medio. | | | | | |
| No se irradia | | | | | |
| El dolor urente | | | | | |
| No se refiere síntomas acompañantes. | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come sano, nada de grasa ni comida chatarra. | | | | |
| Hidratación | 8 vasos de agua. | | | | |
| Sueño | 7 horas de sueño continuo | | | | |
| Ejercicio | No. | | | | |
| Sedentarismo | Si. | | | | |
| Medicamentos | Si. Levo tiroxina de 50 mg. | | | | |
| Tabaquismo | No. | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | No. | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | Polvo | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Tiene negocio propio, no es muy estresante. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |

7.- EXAMEN FISICO DE PALPACIÓN EN LA ZONA CONTRACTURADA

Primer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 8/10, en el musculo trapecio medio a la altura de la 5a vértebra dorsal lado izquierdo duele 6/10.

Segundo día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 8/10, en el musculo trapecio medio a la altura de la 5a vértebra dorsal lado izquierdo duele 8/10.

Tercer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 8/10, en el musculo trapecio medio a la altura de la 5a vértebra dorsal lado izquierdo ya no duele.

Cuarto día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 7/10.

8.- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

| FECHA | |
|------------|--|
| 8/11/2017 | Se coloca dos imanes |
| | Paciente refiere que las molestias en el punto aumento y en el otro no disminuyo. |
| 22/11/2017 | Se colocan dos imanes. |
| | Paciente refiere que no disminuye el dolor en la zona del músculo trapecio superior lado izquierdo |
| 6/12/2017 | se coloca un imán |
| | Paciente refiere que disminuye muy poco de 8/10 a 7/10, durante el tiempo en que permanece puesto el imán. |
| 0/12/2017 | Se colocan 1 imán |
| | Paciente refiere que disminuye el dolor de 7/10 a 6/10 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

9.-Observaciones:

Paciente refiere que el dolor aumento, luego se quedo en la misma intensidad y luego que apenas disminuyo.



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|--|---|------------------------|----------|----------|-----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 15 | 29/10/1971 | 46 | F | Cristiana |
| DIRECCIÓN | | CUIDAD | TELÉFONO | | |
| Iñaquito Alto | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Restauradora | Restauradora | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda alta y media | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace un mes | | | | | |
| Realmente el duele desde hace un año. | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 10/10 en el músculo trapecio, dorsal ancho. | | | | | |
| Inicia por carga laboral, estrés y fatiga postural. | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en las fibras de los músculos trapecio, dorsal ancho. | | | | | |
| Se irradia hacia el pecho izquierdo, se amortigua el brazo izquierdo. | | | | | |
| El dolor es sordo, como golpe | | | | | |
| No se refiere síntomas acompañantes. | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come en casa, mayormente dulces y postres | | | | |
| Hidratación | 6 vasos entre agua y gaseosas. | | | | |
| Sueño | 8 horas de sueño continuo | | | | |
| Ejercicio | Si 3 veces a la semana en caminadora | | | | |
| Sedentarismo | No. | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | |
| Tabaquismo | No. | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | No. | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | Yodo | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | Insectos, ácaros y gatos. | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Su trabajo consiste retocar cuadros, tiene fatiga postural pues su trabajo le demanda varias horas en la misma posición. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |

7.- EXAMEN FISICO DE PALPACIÓN EN LA ZONA CONTRACTURADA

Primer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 9/10, en el musculo dorsal ancho a la altura de la 9a vértebra dorsal lado derecho e izquierdo 8/10, en el músculo dorsal ancho a la altura de la 11a vértebra dorsal lado derecho duele 10/10 y en el músculo trapecio a la altura de la 5a vértebra dorsal lado izquierdo duele 10/10.

Segundo día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 4/10, en el musculo dorsal ancho a la altura de la 9a vértebra dorsal lado derecho e izquierdo 4/10, en el músculo dorsal ancho a la altura de la 11a vértebra dorsal lado derecho duele 5/10 y en el músculo trapecio a la altura de la 5a vértebra dorsal lado izquierdo duele 5/10.

Tercer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 4/10, en el musculo dorsal ancho a la altura de la 9a vértebra dorsal lado derecho e izquierdo 4/10, en el músculo dorsal ancho a la altura de la 11a vértebra dorsal lado derecho duele 5/10 y en el músculo trapecio a la altura de la 5a vértebra dorsal lado izquierdo duele 5/10.

Cuarto día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 4/10, en el musculo dorsal ancho a la altura de la 9a vértebra dorsal lado derecho e izquierdo 4/10, en el músculo dorsal ancho a la altura de la 11a vértebra dorsal lado derecho duele 5/10 y en el músculo trapecio a la altura de la 5a vértebra dorsal lado izquierdo duele 5/10.

8.- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

| FECHA | |
|------------|---|
| 8/11/2017 | Se coloca cinco imanes |
| | Paciente refiere que las molestias disminuyeron en un 50%, el alivio fue rápido |
| 22/11/2017 | Se colocan cinco imanes |
| | Paciente refiere que no disminuyo más el dolor |
| 6/12/2017 | Se colocan 5 imanes |
| | Paciente refiere que no disminuyo más el dolor |
| 0/12/2017 | Se colocan 5 imanes |
| | Paciente refiere que su espalda está muy bien, su sueño mejor. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

9.-Observaciones:

Paciente refiere Sentir un 50% de mejoría pero que el dolor no desaparición. Refiere haberse mantenido con los imanes.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|----------|----------|----------|---|--|--|--|--|--|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | | | | | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN | | | | | | |
| PACIENTE No. | 16 | 21/07/1962 | 55 | F | Católica | | | | | | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | | | | | | | |
| Alemania N29-41 y Eloy Alfaro | | Quito | | | | | | | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | | | | | | | |
| Recepcionista | Recepcionista | | | | | | | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | | | | | | | |
| Dolor de espalda superior y media. | | | | | | | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | | | | | | | |
| Comenzó hace un mes | | | | | | | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace un mes | | | | | | | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 7/10 en el músculo trapecio medio derecho a la altura de 5a vertebra dorsal, 8/10 en el músculo trapecio superior entre hombro y cuello lado izquierdo y 7/10 en el músculo trapecio medio lado derecho a la altura de la 3a vértebra dorsal. | | | | | | | | | | | |
| Inicia por carga laboral, estrés. | | | | | | | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda a nivel superior y medio | | | | | | | | | | | |
| Se irradia hacia el hombro derecho. | | | | | | | | | | | |
| El dolor es urente como que quema. / No se refiere síntomas acompañantes. | | | | | | | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | | | | | | | |
| Alimentarios | Come todos lo que lleva preparado de su casa, caliente en micro hondas, fruta, ensaladas. | | | | | | | | | | |
| Hidratación | 8 vasos entre agua y jugos, no gaseosas. | | | | | | | | | | |
| Sueño | 5 horas en intervalos, tiene insomnio, se le corta el sueño | | | | | | | | | | |
| Ejercicio | No. | | | | | | | | | | |
| Sedentarismo | Si. | | | | | | | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | | | | | | | |
| Tabaquismo | Si uno al mes. | | | | | | | | | | |
| Droga | No. | | | | | | | | | | |
| Alcohol | No. | | | | | | | | | | |
| otros | - | | | | | | | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | | | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | | | | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | | | | | | | |
| Otros | No. | | | | | | | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| Su trabajo consiste en estar en la recepción durante 8 horas, contestando el teléfono, revisando agenda, confirmando citas. | | | | | | | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | 3 | | | | | |
| 2 | | | | | | 4 | | | | | |

7.- EXAMEN FISICO DE PALPACIÓN EN LA ZONA CONTRACTURADA

Primer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio medio derecho la altura de 5a vertebra dorsal duele 7/10, 8/10 en el músculo trapecio superior entre hombro y cuello lado izquierdo y 7/10 en el músculo trapecio medio lado derecho a la altura de la 3a vértebra dorsal.

Segundo día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio medio derecho la altura de 5a vertebra dorsal duele 5/10, 5/10 en el músculo trapecio superior entre hombro y cuello lado izquierdo y 4/10 en el músculo trapecio medio lado derecho a la altura de la 3a vértebra dorsal.

Tercer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio medio derecho la altura de 5a vertebra dorsal duele 0/10, 5/10 en el músculo trapecio superior entre hombro y cuello lado izquierdo y 3/10 en el músculo trapecio medio lado derecho a la altura de la 3a vértebra dorsal.

Cuarto día: Se realiza el examen físico y a la palpación no se localizan puntos dolorosos

8.- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

| FECHA | |
|------------|--|
| 8/11/2017 | Se coloca tres imanes uno en cada punto doloroso. Paciente refiere que los dolores disminuyeron |
| 22/11/2017 | Se coloca tres imanes uno en cada punto doloroso. Paciente refiere sentirse con menos dolor y lo mejor es que el sueño mejoro notablemente. |
| 6/12/2017 | Se coloca dos imanes uno en cada punto doloroso. Paciente refiere que el dolor disminuye, en un punto desaparece y el sueño sigue mejorando |
| 0/12/2017 | No se colocan imanes Paciente refiere que el dolor disminuye en todos los puntos. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

9.-Observaciones: _____
Paciente refiere que durante el tiempo del estudio experimento una mejora significativa del sueño, está muy tranquila y relajada.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|----------|----------|-----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 17 | 4/08/1971 | 46 | F | Cristiana |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Pasaje Cam N48-75 y Rafael Ramos | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Recepcionista | Recepcionista | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda superior y media. | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace unos 2 meses. | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace 2 meses. | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 5/10 en el músculo trapecio inferior lado izquierdo a la altura de 11a vertebra dorsal, 5/10 en el músculo trapecio medio lado izquierdo a la altura de 5a vertebra dorsal y 5/10 en el músculo trapecio superior lado derecho entre hombro y cuello. | | | | | |
| Inicia por carga laboral, estrés y su propia carácter. | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda a nivel superior y medio | | | | | |
| Se irradia hacia el hombro y la cabeza. | | | | | |
| El dolor es urente como que quema. | | | | | |
| No se refiere síntomas acompañantes. | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come todos lo que lleva preparado de su casa, caliente en micro hondas. Le gusta muy salado y dulce. | | | | |
| Hidratación | 8 vasos entre agua, te y jugos, no gaseosas. | | | | |
| Sueño | 8 horas continuas. es muy colérica, todo la pone de mal genio, grita todo el tiempo | | | | |
| Ejercicio | Si trota o bicicleta. | | | | |
| Sedentarismo | No. | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | |
| Tabaquismo | No. | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | No. | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | Frio le da rinitis | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Su trabajo consiste en estar en la recepción durante 8 horas, la primera mitad esta sentada contestando el teléfono, revisando agenda, confirmando citas la segunda mitad pasa atareada de un lado a otro. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | 3 | | | |
| 2 | | 4 | | | |

| 7.- EXAMEN FISICO DE PALPACIÓN EN LA ZONA CONTRACTURADA | |
|--|---|
| Primer día: | Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior derecho entre hombro y cuello dolor 5/10, en el musculo trapecio medio a la altura de la 5a vértebra dorsal lado izquierdo 5/10 y en el musculo trapecio inferior a la altura de la 11a vértebra dorsal lado izquierdo duele 5/10. |
| Segundo día: | Se realiza el examen físico y a la palpación no se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior derecho entre hombro y cuello, en el musculo trapecio medio a la altura de la 5a vértebra dorsal lado izquierdo ya no duele y en el musculo trapecio inferior a la altura de la 11a vértebra dorsal lado izquierdo duele 2/10. |
| Tercer día: | Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior derecho dolor 6/10 e izquierdo dolor 8/10 entre hombro y cuello. se irradia a la cabeza |
| Cuarto día: | Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior derecho dolor 8/10 y en el lado izquierdo ya no hay dolor 0/10 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| 8.- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN | |
|------------------------------------|--|
| FECHA | |
| 8/11/2017 | Se coloca tres imanes uno en cada punto doloroso |
| | Paciente refiere que los dolores ubicados en la zona de trapecio superior no duele, en la zona de 5a vertebra dorsal ya no duele y el de la zona de la 11a vertebra dorsal disminuye de 5/10 a 2/10. |
| 22/11/2017 | Se coloca un imán en el punto doloroso. |
| | Paciente refiere sentirse mejor pero por estrés laborar y en su domicilio volvió el dolor. |
| 6/12/2017 | Se coloca dos imanes a nivel del músculo trapecio superior derecho e izquierdo. |
| | Paciente refiere que el dolor disminuyo de 6/10 a 0/10 y el de 8/10 disminuyo y luego regreso y se mantiene igual |
| 0/12/2017 | Se coloca un imán en el punto doloroso. |
| | Paciente refiere disminución total del dolor. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

9.-Observaciones: _____
 Paciente refiere que la molestia en los puntos encontrados de dolor han disminuido.
 Todo lo demás continúa igual. no mejora su nivel de enojo.

7.- EXAMEN FISICO DE PALPACIÓN EN LA ZONA CONTRACTURADA

Primer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 5/10, 5/10 en el musculo trapecio medio a la altura de la 3a vértebra dorsal lado derecho y 5/10 a la altura de la 4a vertebra lumbar en el centro, en el músculo dorsal ancho inferior.

Segundo día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura dolor 1/10 en el musculo trapecio medio a la altura de la 3a vértebra dorsal lado derecho y 2/10 a la altura de la 4a vertebra lumbar en el centro, en el músculo dorsal ancho inferior.

Tercer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio medio derecho entre dolor 7/10 a la altura de la 3a vértebra dorsal.

Cuarto día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio medio derecho dolor 2/10 a la altura de la 3a vértebra dorsal.

8.- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

| FECHA | |
|------------|--|
| 8/11/2017 | Se coloca tres imanes uno en cada punto doloroso |
| | Paciente refiere que el punto ubicado en la zona lumbar el dolor disminuyo de 5/10 a 2/10, en el punto ubicado en la zona de la 3a vertebra dorsal el dolor disminuye de 5/10 a 1/10 y que el dolor de la zona ubicado entre hombro y cuello desapareció por completo. |
| 22/11/2017 | Se coloca un imán en el punto doloroso en la zona lumbar |
| | Paciente refiere que mejoro su sueño |
| 6/12/2017 | Se coloca un imana nivel del músculo trapecio medio derecho entre dolor 7/10 a la altura de la 3a vértebra dorsal. |
| | Paciente refiere que el dolor disminuyo de 7/10 a 2/10 |
| 0/12/2017 | Se coloca un imán en el punto doloroso. |
| | Paciente refiere disminución total del dolor y mejora del sueño. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

9.-Observaciones:

Paciente refiere que la molestia en los puntos encontrados de dolor han disminuido, refiere que no duele más el cuello y que se siente tranquila.

Hay una mayor tolerancia al estrés y que lo mejor de todo es que mejoro su sueño. siente que descansa más.

7.- EXAMEN FISICO DE PALPACIÓN EN LA ZONA CONTRACTURADA

Primer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior derecho entre hombro y cuello, punto cercano al cuello dolor 10/10, punto cercano al hombro 5/10

Segundo día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior derecho entre hombro y cuello, punto cercano al cuello dolor 10/10, punto cercano al hombro no registra dolor ni contractura.

Tercer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior derecho entre hombro y cuello, punto cercano al cuello dolor 5/10

Cuarto día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior derecho entre hombro y cuello, punto cercano al cuello dolor 2/10

8.- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

| FECHA | |
|------------|---|
| 8/11/2017 | Se coloca dos imanes uno en cada punto doloroso |
| | Paciente refiere que el punto cercano al cuello dolor bajo a 4/10, punto cercano al hombro dolor bajo a 2/10 y disminuye el amortiguamiento, el dolor de espalda media y dolor de cabeza. |
| 22/11/2017 | Se coloca un imán en el punto doloroso cercano al cuello. |
| | Paciente refiere que disminuye el 50% el dolor y la molestia durante el tiempo de colocación del imán. |
| 6/12/2017 | Se coloca un imán en el punto doloroso cercano al cuello. |
| | Paciente refiere que se mantiene en 5/10 el dolor. |
| 20/12/2017 | Se coloca un imán en el punto doloroso cercano al cuello. |
| | Paciente refiere disminución del dolor y la contractura. de 10/10 inicial a 2/10 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

9.-Observaciones:

Paciente refiere que la molestia en el hombro fue disminuyendo a la palpación, refiere que estaba tan acostumbrado a la contractura que creía que no le dolía. Refiere también que la movilidad del cuello mejora y la tolerancia al trabajo.

Refiere también hacer estiramientos del cuello para mejorar la fatiga postural.

Se recomienda ejercicios de estiramiento para mejorar circulación.



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 20 | 27 /06/ 1981 | 36 | F | |
| DIRECCIÓN | | CUIDAD | TELÉFONO | | |
| La Luz | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Paramédico | Paramédico / Estudiante | | | | |

1.- MOTIVO DE CONSULTA

Dolor espalda media a la altura de la zona dorsal.

2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR

Comenzó hace un año y medio

Realmente el dolor comenzó hace un año y medio

La intensidad del dolor es de 7/10 en el músculo paravertebral

Inicia por cargar mucho peso

El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en los músculos paravertebrales.

Se irradia hacia los glúteos.

El dolor es urente.

No se refiere síntomas acompañantes del dolor específico de la espalda.

3.- HÁBITOS

Alimentarios Come en restaurante, carbohidratos, poca ensalada, poca fruta.

Hidratación 4 vasos de agua normalmente.

Sueño 5 horas continuas, durante las guardias duerme en intervalos.

Ejercicio Si natación.

Sedentarismo No.

Medicamentos Si. Migra Dorixina

Tabaquismo No.

Droga No.

Alcohol No.

otros -

4.- ALERGIAS

Medicamentosa No.

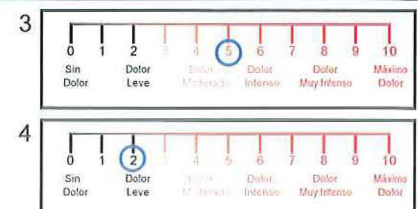
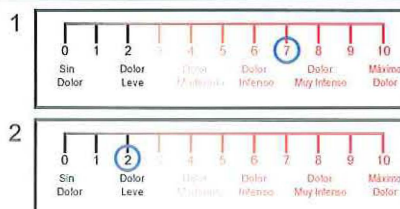
Alimentaria No.

Otros Al polvo

5.- TRABAJO

Su trabajo consiste en alzar cosas pesada, las horas laborales son en turnos, el día pasa decaída, siempre con sueño, trabaja 12 años en este ritmo, en el tiempo libre estudia.

6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A.



7.- EXAMEN FISICO DE PALPACIÓN EN LA ZONA CONTRACTURADA

Primer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contracturas abultadas profundas a nivel del músculo paravertebral izquierdo a la altura de la 11a vertebra dorsal dolor 7/10 y a la altura de la 5a vertebra dorsal lado izquierdo dolor 7/10

Segundo día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contracturas abultadas profundas a nivel del músculo paravertebral izquierdo a la altura de la 11a vertebra dorsal dolor 2/10 y a la altura de la 5a vertebra dorsal lado izquierdo dolor 2/10

Tercer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contracturas abultadas profundas a nivel del músculo paravertebral izquierdo a la altura de la 11a vertebra dorsal dolor 5/10 y a la altura de la 5a vertebra dorsal lado izquierdo dolor 5/10

Cuarto día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contracturas abultadas profundas a nivel del músculo paravertebral izquierdo a la altura de la 11a vertebra dorsal dolor 2/10 y a la altura de la 5a vertebra dorsal lado izquierdo dolor 2/10

8.- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

| FECHA | |
|------------|--|
| 8/11/2017 | Se coloca dos imanes uno en cada punto doloroso. |
| | |
| 22/11/2017 | Se coloca dos imanes uno en cada punto doloroso. Refiere disminución de las molestias |
| 6/12/2017 | Se coloca dos imanes uno en cada punto doloroso. Paciente refiere sentir un poco más de dolor en relación a la última revisión. |
| 20/12/2017 | Se coloca dos imanes uno en cada punto doloroso. Paciente refiere sentir menos molestias. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

9.-Observaciones: _____
Paciente refiere que la molestia fueron disminuyendo, tiene mejor tolerancia al estrés y que trata de respetar los horarios para la alimentación.



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|---|---|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 21 | 3 /05/ 1963 | 56 | M | |
| DIRECCIÓN | | CUIDAD | TELÉFONO | | |
| Ulloa N22-34 y Carrión | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Publicista | Publicista | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda a altura de hombros | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace una semanas junto con la gripe | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace una semanas. | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 7/10 en el músculo trapecio superior lado izquierdo y derecho entre hombro y cuello. | | | | | |
| Inicia por carga laboral, estrés y algún cliente le contagio de gripa. | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior, entre hombro y cuello. | | | | | |
| No se irradia | | | | | |
| El dolor es urente. | | | | | |
| No se refiere síntomas acompañantes del dolor específico de la espalda. | | | | | |
| Si de los síntomas gripales. | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come todos los días en su casa, nada de comida chatarra ni fritos. | | | | |
| Hidratación | 5 vasos de agua normalmente, y durante el estado gripal toma 8 vasos de agua. | | | | |
| Sueño | 7-8 horas continuas, en ocasiones se levanta | | | | |
| Ejercicio | Si camina | | | | |
| Sedentarismo | No. | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | |
| Tabaquismo | No. | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | No. | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | Al frio y el polvo | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Su trabajo consiste en la recepción de archivos para luego enviarlos a impresión, la silla que usa es cómoda y adecuada para las labores que realiza a diario, se encarga del mantenimiento de los equipos. El trabajo lo toma muy calmadamente. No se estresa con facilidad. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |

7.- EXAMEN FISICO DE PALPACIÓN EN LA ZONA CONTRACTURADA

Primer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo y derecho entre hombro y cuello dolor 7/10,

Segundo día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo y derecho entre hombro y cuello dolor 4/10,

Tercer día: Se realiza el examen físico y a la palpación no se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo y derecho entre hombro y cuello dolor 0/10,

Cuarto día: Se realiza el examen físico y a la palpación no se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo y derecho entre hombro y cuello dolor 0/10,

8.- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

| FECHA | |
|------------|--|
| 8/11/2017 | Se coloca dos imanes uno en cada punto doloroso Paciente refiere disminución del dolor a 4/10 |
| 22/11/2017 | Se coloca dos imanes uno en cada punto doloroso Paciente refiere que desapareció el dolor. |
| 6/12/2017 | No se coloca imanes. Paciente refiere disminución total del dolor |
| 20/12/2017 | No se colocan imanes Paciente no tener dolor. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

9.-Observaciones: _____
Paciente refiere que la molestia en los hombros fue disminuyendo, desapareciendo.
Paciente refiere que durante el estudio experimentó relajación en el cuello y disminución de las molestias propias de la gripe.
Refiere también que normalmente no siente molestias ni contracturas musculares.



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------|----------|----------|----------|---|--|--|--|--|--|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | | | | | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN | | | | | | |
| PACIENTE No. | 22 | 9 /08/ 1962 | 55 | F | | | | | | | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | | | | | | | |
| Ulloa N22-34 y Carrión | | Quito | | | | | | | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | | | | | | | |
| Operadora de Computadora | Publicidad | | | | | | | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | | | | | | | |
| Dolor de espalda a altura de hombros | | | | | | | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | | | | | | | |
| Comenzó hace dos semanas | | | | | | | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace dos semanas. | | | | | | | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 6/10 en el músculo trapecio superior lado izquierdo y derecho entre hombro y cuello. | | | | | | | | | | | |
| Inicia por carga laboral y estrés | | | | | | | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior, entre hombro y cuello. | | | | | | | | | | | |
| No se irradia | | | | | | | | | | | |
| El dolor es urente. | | | | | | | | | | | |
| No se refiere síntomas acompañantes. | | | | | | | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | | | | | | | |
| Alimentarios | Come todos los días en su casa, nada de comida chatarra ni fritos. | | | | | | | | | | |
| Hidratación | 8 vasos de agua. | | | | | | | | | | |
| Sueño | 7-8 horas continuas, en ocasiones se levanta | | | | | | | | | | |
| Ejercicio | Si un poco camina paseando al perro. | | | | | | | | | | |
| Sedentarismo | No. | | | | | | | | | | |
| Medicamentos | Si Levo tiroxina de 0,5 mg. | | | | | | | | | | |
| Tabaquismo | No. | | | | | | | | | | |
| Droga | No. | | | | | | | | | | |
| Alcohol | No. | | | | | | | | | | |
| otros | - | | | | | | | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | | | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | | | | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | | | | | | | |
| Otros | Al frío | | | | | | | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| Su trabajo consiste en la recepción de archivos para luego enviarlos a impresión, pasa muchas horas sentada, la silla que usa es cómoda y adecuada para las labores que realiza a diario. está sometida a altos niveles de estrés y presión laboral. | | | | | | | | | | | |
| La temporada es considerada alta en cuanto a lo laboral, razón por la cual se siente estresada y dolorida. | | | | | | | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | 3 | | | | | |
| 2 | | | | | | 4 | | | | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 23 | 16 /06/ 1985 | 32 | F | Católica |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Alemania y Eloy Alfaro | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Secretaria / Asistente | Secretaria / Asistente | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda a altura de hombros | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace una semana | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace una semana. | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 4/10 en el músculo trapecio superior lado izquierdo y derecho entre hombro y cuello. | | | | | |
| Inicia por carga laboral por finalización de período laboral | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior, entre hombro y cuello. | | | | | |
| No se irradia | | | | | |
| El dolor normal | | | | | |
| No se refiere síntomas acompañantes. | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come lo que lleva de la casa, caliente en Microondas | | | | |
| Hidratación | 5 vasos de agua. | | | | |
| Sueño | 7 horas continuas durante los días laborables y fin de semana duerme como 12 horas | | | | |
| Ejercicio | Si un poco dos veces a la semana, es decir fin de semana. | | | | |
| Sedentarismo | Si. | | | | |
| Medicamentos | Si Levatro 0,75 / carbamazepina 400g. | | | | |
| Tabaquismo | No. | | | | |
| Droga | No. | | | | |
| Alcohol | No. | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No. | | | | |
| Alimentaria | No. | | | | |
| Otros | Ninguna | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Su trabajo consiste en la recepción de una oficina, pasa 8 horas sentada, normalmente no se estresa, tampoco se cansa | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|----------------------------|------------------------|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 24 | 27 /12/ 1963 | 54 | F | Católica |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Tola León N623 y Don Bosco | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Secretaria / Asistente | Secretaria / Asistente | | | | |

1.- MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de espalda a lado izquierdo en la zona superior e inferior.

2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR

Comenzó hace un mes

Realmente el dolor comenzó hace 2 años, es intermitente como por épocas.

La intensidad del dolor es de 10/10 en el músculo trapecio superior lado izquierdo entre hombro y cuello y a nivel del músculo dorsal ancho a la altura de la 12a vértebra dorsal lado izquierdo duele 8/10

Inicia por que tiene mucha carga laboral y con su hijos gemelos y por que duerme casi sentada.

El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior, entre hombro y cuello.

Se irradia hacia los brazos, se amortiguan por eso se levanta en las noches.

El dolor es sordo.

No se refiere síntomas acompañantes.

3.- HÁBITOS

Alimentarios Come lo que lleva de la casa, caliente en Microondas

Hidratación 4 vasos de agua y 4 vasos de jugo.

Sueño 8 horas con intervalos, se despierta en la noche con amortiguamiento de brazos

Ejercicio Si camina 40 minutos diarios.

Sedentarismo No.

Medicamentos No.

Tabaquismo No dejo de fumar hace un año.

Droga No.

Alcohol No Dejo totalmente hace un año.

otros -

4.- ALERGIAS

Medicamentosa No.

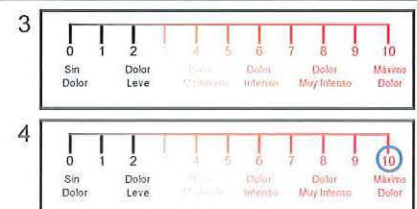
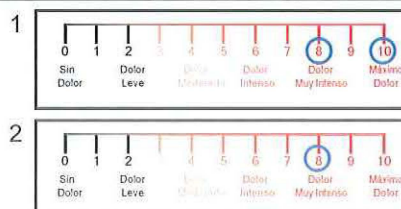
Alimentaria No.

Otros El Frio le da Rinitis

5.- TRABAJO

Su trabajo consiste en la recepción de una oficina, pasa 8 horas en continuo movimiento haciendo facturas, contestando teléfonos, la silla no es cómoda ni adecuada, el sonido del teléfono la estresa, su jefe es mal genio y le grita constantemente, tiene mucha presión, tiene alto nivel de estrés.

6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A.



| 7.- EXAMEN FISICO DE PALPACIÓN EN LA ZONA CONTRACTURADA | |
|--|--|
| Primer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 10/10, y en las fibras del músculos dorsal ancho a la altura de la 12a vértebra dorsal lado izquierdo, duele 8/10. | |
| Segundo día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 8/10, y en las fibras del músculos dorsal ancho a la altura de la 12a vértebra dorsal lado izquierdo, duele 0/10, y aparece una nueva contractura a nivel del músculo trapecio inferior a la altura de la 5a vértebra dorsal, duele 8/10. | |
| Tercer día: Se realiza el examen físico y a la palpación no se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 0/10, y en las fibras del músculos dorsal ancho a la altura de la 12a vértebra dorsal lado izquierdo, duele 0/10, y en la nueva contractura a nivel del músculo trapecio inferior a la altura de la 5a vértebra dorsal, duele 0/10. | |
| Cuarto día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 10/10, no se evidencian más contracturas. | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 8.- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN | |
| FECHA | |
| 8/11/2017 | Se coloca dos imanes uno en cada punto doloroso |
| | Paciente refiere disminución del dolor de 10/10 a 8/10 y el de 8/10 desapareció, refiere mejora del sueño |
| 22/11/2017 | Se coloca dos imanes uno en cada punto doloroso, porque aparece una nueva contracción. |
| | Paciente refiere que disminuyó el dolor |
| 6/12/2017 | No se colocan imanes |
| | paciente refiere que no tiene ninguna molestia y que además mejoro un 70% el amortiguamiento de las manos y que duerme de corrido las 8 horas. está más tranquila. |
| 20/12/2017 | Se coloca un imán |
| | Paciente refiere que disminuye el dolor en su totalidad, pero que regresa cuando está muy estresada, cuando el jefe esta de mal genio y le grita, se pone nerviosa y se estresa terriblemente. |
| | El amortiguamiento ha cedido y puede dormir. |
| | Paciente refiere que el dolor disminuye de 10/10 a 3/10. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 9.-Observaciones: _____ | |
| Paciente refiere sentir alivio con el tema molesto del amortiguamiento, refiere tambien haber mejorado el sueño, duerme toda la noche. | |
| | |
| | |
| | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|---|---|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 25 | 14 /04/ 1994 | 23 | F | |
| DIRECCIÓN | | CUIDAD | TELÉFONO | | |
| Quitumbe | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Secretaria / Auxiliar de enfermería | Secretaria / Estudiante | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda a lado izquierdo en la zona superior media e inferior. | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace dos meses | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace dos mese cuando comenzó a estudiar y sus horarios le quedaron justos | | | | | |
| La intensidad del dolor es entre hombro y cuello dolor 9/10, a la altura de la 3a V.D. lado izquierdo 8/10, a la altura de la 12a vértebra dorsal, duele 9/10. | | | | | |
| Inicia por fatiga postural debido a la posición para estudiar y hacer tareas | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior, medio y la parte superior del músculo dorsal ancho | | | | | |
| No se irradia a ningún lado. | | | | | |
| El dolor es urente. No se refiere síntomas acompañantes. | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come en la noche o el desayuno café. horarios irregulares de comida | | | | |
| Hidratación | 5 vasos de agua. | | | | |
| Sueño | 5 horas continuas | | | | |
| Ejercicio | No. | | | | |
| Sedentarismo | Si | | | | |
| Medicamentos | No. | | | | |
| Tabaquismo | No | | | | |
| Droga | No | | | | |
| Alcohol | No | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | Penicilina | | | | |
| Alimentaria | Ninguna | | | | |
| Otros | No. | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Su trabajo consiste en la recepción de una oficina, pasa 8 horas sentada, la silla no es cómoda ni adecuada y además estudia, tiene mucha presión y por eso no tiene tiempo de alimentarse bien, sus horarios son justos, tiene alto nivel de estres. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | 3 | | | |
| 2 | | 4 | | | |

7.- EXAMEN FISICO DE PALPACIÓN EN LA ZONA CONTRACTURADA

Primer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 9/10, a nivel del músculo trapecio medio a la altura de la 3ra vértebra dorsal lado izquierdo, duele 8/10 y en las fibras del músculos dorsal ancho a la altura de la 12a vértebra dorsal izquierdo, duele 9/10.

Segundo día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 5/10, a nivel del músculo trapecio medio a la altura de la 3ra vértebra dorsal lado izquierdo, duele 4/10 y en las fibras del músculos dorsal ancho a la altura de la 12a vértebra dorsal, duele 5/10.

Tercer día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 3/10, a nivel del músculo trapecio medio a la altura de la 3ra vértebra dorsal lado izquierdo, duele 2/10 y en las fibras del músculos dorsal ancho a la altura de la 12a vértebra dorsal, duele 3/10.

Cuarto día: Se realiza el examen físico y a la palpación se localiza contractura a nivel del músculo trapecio superior izquierdo entre hombro y cuello dolor 3/10, a nivel del músculo trapecio medio a la altura de la 3ra vértebra dorsal lado izquierdo, duele 2/10 y en las fibras del músculos dorsal ancho a la altura de la 12a vértebra dorsal, duele 3/10.

8.- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

| FECHA | |
|------------|--|
| 8/11/2017 | Se coloca tres imanes uno en cada punto doloroso |
| | Paciente refiere disminuyó el dolor |
| 22/11/2017 | Se coloca tres imanes uno en cada punto doloroso |
| | Paciente refiere que desminuyó el dolor |
| 6/12/2017 | Se coloca tres imanes uno en cada punto doloroso |
| | paciente refiere disminucion de dolor. |
| 20/12/2017 | Se coloca tres imanes uno en cada punto doloroso |
| | Paciente refiere que disminuyo el dolor comparado con el inicial pero que no desaparece. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

9.-Observaciones: _____
 Paciente refiere sentir un gran alivio, aunque no desapareció en su totalidad el dolor, este disminuyó notablemente, refiere seguir las recomendaciones dadas como mejorar la hidratación y respetar el horario de tomar alimentos. también implemeta ejercicios de estiramiento para evitar la fatiga postural.



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|------------------------|------------|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 26 | 26 /12/ 1982 | 35 | F | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| Alemania y Eloy Alfaro | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Secretaria | Secretaria | | | | |

1.- MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de espalda a la altura de los hombros.

2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR

Comenzó hace cuatro años

Realmente el dolor comenzó Ocho años, dedicaba su tiempo a atender a sus hijos gemelos.

La intensidad del dolor es de 8/10 lado izquierdo y 8/10 lado derecho.

Inicia por que tiene mucha carga laboral y con su hijos gemelos y por que duerme casi sentada.

El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior, entre hombro y cuello.

No se irradia a ningún lado.

El dolor es sordo.

No se refiere síntomas acompañantes.

3.- HÁBITOS

Alimentarios Come la comida que lleva de su casa, hay mucha carga de carbohidratos.

Hidratación 4 vasos de agua/ dos en la noche.

Sueño 7 horas continuas

Ejercicio No.

Sedentarismo Si

Medicamentos No.

Tabaquismo si uno diario

Droga No

Alcohol Si de vez en cuando promedio 1 vez al mes.

otros -

4.- ALERGIAS

Medicamentosa No

Alimentaria Ninguna

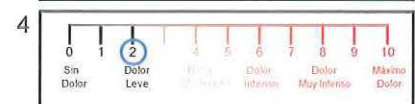
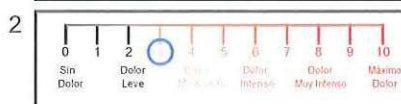
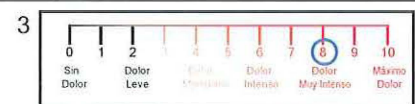
Otros No.

5.- TRABAJO

Su trabajo consiste en la recepción de una oficina, pasa 8 horas sentada, la silla es cómoda y adecuada.

al dormir utiliza dos almohada, duerme casi sentada.

6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A.





INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|-----------------------------------|------------|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 27 | 7 /03/ 1993 | 24 | F | Católica |
| DIRECCIÓN | | CUIDAD | TELÉFONO | | |
| Nayón Isidro Ayora y Pablo Calero | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Secretaria | Secretaria | | | | |

1.- MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de espalda a la altura de los hombros.

2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR

Comenzó hace un mes

Realmente el dolor comenzó hace un año

La intensidad del dolor es de 10/10 lado izquierdo y 8/10 lado derecho.

Inicia por que tiene mucha carga laboral y con su hija pequeña

El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior, entre hombro y cuello.

El punto ubicado al lado izquierdo se irradia al brazo izquierdo y a la cabeza.

El dolor es punzante agudo

No se refiere síntomas acompañantes.

3.- HÁBITOS

Alimentarios Come la comida que lleva de su casa.

Hidratación 2 vasos de agua/ todos los días gaseosa 25ml. diarios

Sueño 7 horas continuas

Ejercicio Si / Fines de semana Basket

Sedentarismo No

Medicamentos Si toma loratadina continuamente durante 6 meses/ tiene Rinitis

Tabaquismo No

Droga No

Alcohol No

otros -

4.- ALERGIAS

Medicamentosa No

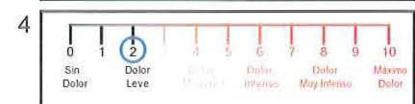
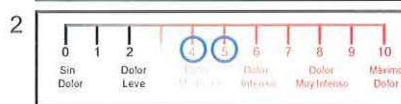
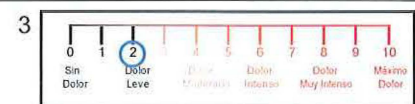
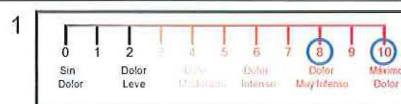
Alimentaria Ninguna

Otros Rinitis alergica, empeora con el frio

5.- TRABAJO

Su trabajo consiste en la recepción de una oficina, pasa muchas horas sentada, tiene estres mental.

6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A.





INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|--|---|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 28 | 14 /02/ 1978 | 39 | F | Católica |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | TELÉFONO | | |
| El Calzado | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Secretaria | Bachiller | | | | |
| 1.- MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| Dolor de espalda a la altura de los hombros. | | | | | |
| 2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR | | | | | |
| Comenzó hace un año | | | | | |
| Realmente el dolor comenzó hace un año | | | | | |
| La intensidad del dolor es de 7/10 lado izquierdo y 6/10 lado izquierdo. | | | | | |
| Inicia cuando se cayo | | | | | |
| El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior, entre hombro y cuello y en el musculo trapecio inferior a la altura de la 10a vértebra dorsal. | | | | | |
| El punto del cuello se irradia hacia la cabeza, el punto que esta a la altura de la 10a vértebra dorsal no se irradia. | | | | | |
| El dolor es urente agudo | | | | | |
| No se refiere síntomas acompañantes. | | | | | |
| 3.- HÁBITOS | | | | | |
| Alimentarios | Come la comida que lleva de su casa, la caliente en microondas. | | | | |
| Hidratación | Toma 1 litro de agua y gaseosa tres veces a la semana | | | | |
| Sueño | 8 horas continuas | | | | |
| Ejercicio | Si | | | | |
| Sedentarismo | No | | | | |
| Medicamentos | Si se auto medica cuando siente dolor. | | | | |
| Tabaquismo | No | | | | |
| Droga | No | | | | |
| Alcohol | No | | | | |
| otros | - | | | | |
| 4.- ALERGIAS | | | | | |
| Medicamentosa | No | | | | |
| Alimentaria | Ninguna | | | | |
| Otros | Polvo | | | | |
| 5.- TRABAJO | | | | | |
| Su trabajo consiste en hacer mensajería sale de la oficina almenos 3 veces a la semana, en su tiempo libre cuida de una persona mayor, se siente muy estresada. | | | | | |
| 6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A. | | | | | |
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|-------------------------------|-----------|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 29 | 5 /01/ 1971 | 46 | F | Católica |
| DIRECCIÓN | | CUIDAD | TELÉFONO | | |
| Nicolás de la Peña y Cusumasa | | Quito | | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Imprenta | Logística | | | | |

1.- MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de espalda a la altura de la tercera vértebra dorsal lado izquierdo y a la altura de la quinta vértebra dorsal derecho.

2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR

Comenzó hace dos meses

Realmente el dolor comenzó hace seis meses.

La intensidad del dolor es de 8/10 lado izquierdo y 9/10 lado derecho.

Inicia cuando se levantan cosas pesadas.

El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio medio y trapecio inferior.

No se irradia hacia ningún lado, se queda estático el dolor

El dolor es punzante agudo

No se refiere síntomas acompañantes.

3.- HÁBITOS

| | |
|--------------|--|
| Alimentarios | Come en restaurante, no come entre comidas |
| Hidratación | Toma 4 vasos de líquido entre agua , gaseosas y jugo |
| Sueño | 7 horas continuas |
| Ejercicio | Poco |
| Sedentarismo | Si |
| Medicamentos | Ninguno |
| Tabaquismo | No |
| Droga | No |
| Alcohol | No |
| otros | - |

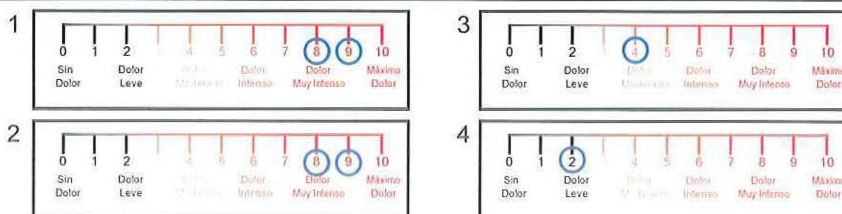
4.- ALERGIAS

| | |
|---------------|---------|
| Medicamentosa | No |
| Alimentaria | Ninguna |
| Otros | Ninguna |

5.- TRABAJO

Trabaja 8 horas, realizando el trabajo logístico de una imprenta, en ocasiones levanta paquetes pesados, todo el tiempo esta trasladando material y placas. Está constantemente haciendo seguimiento de los trabajos en proceso.

6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A.





INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|-----------------------|----------------|------------------------|----------|----------|----------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | Yolanda Cobos | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO | RELIGIÓN |
| PACIENTE No. | 30 | 26 /10/ 1973 | 43 | F | Católica |
| DIRECCIÓN | | CUIDAD | TELÉFONO | | |
| Calle México M17-124 | | Quito | 2238505 | | |
| OCUPACIÓN | PROFESIÓN | REFERENCIAS FAMILIARES | | TELÉFONO | |
| Imprenta | Administración | | | | |

1.- MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de espalda a la altura de los hombros

2.- ANAMNESIS RELACIONADA CON EL DOLOR

Comenzó hace tres semanas

Realmente el dolor comenzó hace varios meses, es intermitente, depende del grado de estrés y trabajo

La intensidad del dolor es de 7/10 lado derecho e izquierdo 8/10

Inicia cuando hay carga laboral, estrés y fatiga postural.

El sitio del dolor está ubicado en la espalda, en las fibras del músculo trapecio superior, entre hombro y cuello

Se irradia hacia la zona occipital y la cabeza.

El dolor urente agudo

No se refiere síntomas acompañantes.

3.- HÁBITOS

Alimentarios Come en casa, nada de comida chatarra

Hidratación Toma 8 vasos de líquido entre agua , té aromáticos / No gaseosas

Sueño 8 horas continuas

Ejercicio Poco

Sedentarismo Si

Medicamentos Ninguno

Tabaquismo No

Droga No

Alcohol No

otros -

4.- ALERGIAS

Medicamentosa No

Alimentaria Ninguna

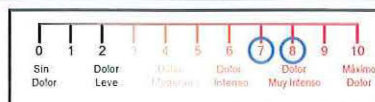
Otros Alergia al Frio

5.- TRABAJO

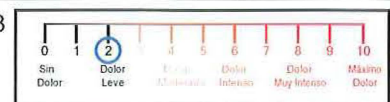
Trabaja 8 horas, sentada, la silla que usa es adecuada, su desempeño es en la computadora en la parte contable y diseño gráfico.
la postura es constante fija.

6.- ESCALA DEL DOLOR E.V.A.

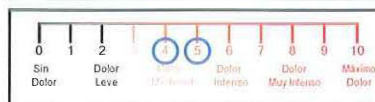
1



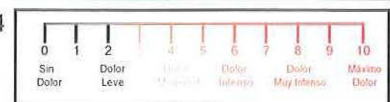
3



2



4





Yo _____, con CI. _____; domiciliado en
BENALCÁZAR DE 9-89 Y ORIENTE; de la ciudad de
QUITO; en calidad de paciente o como
representante _____ del paciente _____; autorizo a
YOLANDA PATRICIA COBOS WIPERCIO, con profesión o especialidad
ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento
TERAPIA CON IMANES.

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____, etc.

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo La Tola - Quito, con CI. _____; domiciliado en Quito; de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a Yolanda Patricia Colao Juperchio, con profesión o especialidad Estudiante Naturopatia; para la realización del procedimiento Terapia con imanes

SI NO ___ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO ___ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____, etc.

SI NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO ___ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO ___ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO ___ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI NO ___ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo _____, con CI. _____; domiciliado en
Rita Lealumberry N 9-03 y José Palomino; de la ciudad de
Quito; en calidad de paciente SI o como
 representante del paciente _____; autorizo a
Yolanda Patricia Gabos Lupericio, con profesión o especialidad
Estudiante - Naturapata; para la realización del procedimiento
Terapia con imanes

SI NO he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____, etc.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma] _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo _____ con CI. _____; domiciliado en
 México 1117-124 y Bogotá _____; de la ciudad de
 Quito _____; en calidad de paciente si o como
 representante _____ del paciente _____; autorizo a
 Ylonda Lobos _____, con profesión o especialidad
 estudiante de naturopatía _____; para la realización del procedimiento
 terapia con imanes _____

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____, etc.

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: Ylonda Lobos

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo _____ con CI. _____; domiciliado en
 Quito, Rta Lecumberg y José Palomino _____; de la ciudad de
 Quito _____; en calidad de paciente o como
 representante _____ del paciente _____; autorizo a
 Yolanda Patricia Cabos _____, con profesión o especialidad
 Estudiante Naturopatia _____; para la realización del procedimiento
 terapia con imanes.

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____, etc.

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI _____ NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____ 

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo Carden Janga Gutierrez OE3-29, con CI. _____; domiciliado en Quito; de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a Yolanda Patricia Cebos estudiante en Naturopatia, con profesión o especialidad terapia con imanes.; para la realización del procedimiento _____.

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____, etc.

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI _____ NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo _____, con CI _____; domiciliado en
Rta Lealberg N2-03 y José Palomino; de la ciudad de
Quito; en calidad de paciente o como
 representante del paciente _____; autorizo a
Patricio Cobos I., con profesión o especialidad
Estudiante de Naturopatía; para la realización del procedimiento
Terapia con Imanes.

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura y en otro punto en la espalda a la altura de la 9na vértebra torácicas.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro., etc.

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que el tratamiento es de investigación y que durante el tratamiento debo seguir las indicaciones dadas por el terapeuta.

SI NO _____ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: Patricio Cobos I.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____

Nº REGISTRO PROFESIONAL: _____



Yo _____, con CI. _____; domiciliado en
Quito, México 117-124 y Bogotá; de la ciudad de
Quito; en calidad de paciente ___ o como
 representante del paciente Valeria Proaño; autorizo a
Yolanda Cobar Huperero, con profesión o especialidad
Neuropatía Estudiante; para la realización del procedimiento
Terapia con imanes

SI NO ___ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO ___ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____, etc.

SI NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO ___ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO ___ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO ___ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI ___ NO ___ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: Yolanda Cobar

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: Yolanda Cobar

C. IDENTIDAD: 0102372026

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo _____, con CI. _____; domiciliado en
 Ciudad del Sol 1. Casa 72 Manuel Casanova Galarza Km 10 1/2; de la ciudad de
 Quito - San Antonio de Pichincha; en calidad de paciente o como
 representante del paciente Yo _____; autorizo a
 Yolanda Patricia Cobos Lupescio, con profesión o especialidad
 Naturopata - Estudiante; para la realización del procedimiento
 terapia con imanes

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el
 uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura y en otro punto en la
 espalda a la altura de la 9na vértebra torácicas.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia,
 en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____, etc.

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que el tratamiento es de investigación y que durante el
 tratamiento debo seguir las indicaciones dadas por el terapeuta.

SI NO _____ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se
 garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del
 mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la
 condición propia de la enfermedad.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas
 que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI _____ NO _____ estoy de acuerdo con su
 contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: Eilatia Gomez

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____

Nº REGISTRO PROFESIONAL: _____



Yo Zela Baja con CI. _____; domiciliado en _____; de la ciudad de _____; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a Patricia Cobos, con profesión o especialidad Estudiante de Naturopatia; para la realización del procedimiento Terapia con imanes

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: Carolina E. Laborszell
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Patricia Cobos
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Patricia Cobos
 C. IDENTIDAD: 0102372026



Yo _____ con CI. _____; domiciliado en
Calle Hernando de Paredes, Ciudadela Imbaya; de la ciudad de
Otavalo; en calidad de paciente o como
representante _____ del paciente _____; autorizo a
Yolanda Cobos, con profesión o especialidad
Estudiante de naturopatía; para la realización del procedimiento
terapia con imanes.

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI _____ NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____ 

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo _____ con CI. _____, domiciliado en
Sto. Dom. Coop. 9 de Diciembre; de la ciudad de
Santo Domingo de los Tsáchilas; en calidad de paciente o como
 representante _____ del paciente _____; autorizo a
Patricia Cobos, con profesión o especialidad
Noturopática - Estudiante; para la realización del procedimiento
Terapia con imanes.

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro.

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI _____ NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____ 

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo _____ con CI. _____ domiciliado en _____ de la ciudad de Santo Domingo; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a Yolanda Cosos, con profesión o especialidad Naturopatía Estorpiante; para la realización del procedimiento Terapias con Imanes

SI NO he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____ 

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo _____, con CI. _____; domiciliado en JUAN DIAZ N 37-184 EDF. LOURDES II P.B.A.; de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a YOLANDA COBOS, con profesión o especialidad NATUROPATIA - ESTUDIANTE; para la realización del procedimiento CON IMANES.

SI NO he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: SCorump
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 C. IDENTIDAD: _____



Yo _____ con CI. _____; domiciliado en

ADARQUIVO ALTO _____; de la ciudad de

QUITO _____; en calidad de paciente o como
 representante _____ del paciente _____; autorizo a

SRA. YOLANDA PORTUAGA CORONADO _____, con profesión o especialidad

ESINDIANTE NATURÓPATA _____; para la realización del procedimiento

TERAPIA CON IMANES.

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI _____ NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo Osorio, con CI. _____, domiciliado en _____; de la ciudad de _____; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a Yolanda Cobos, con profesión o especialidad Naturópata - Estudiante; para la realización del procedimiento

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI _____ NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 C. IDENTIDAD: _____



Yo Dr. Carlos Chuvaide Charin N° 48-75 y Cap. Rafael Ramos con CI. _____; domiciliado en Quito; de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a Blayida Gallo, con profesión o especialidad Chiroprata - estudiante; para la realización del procedimiento Terapia con imanes

SI NO he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Signature] _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo _____ con CI. _____; domiciliado en
Quito Autopista Rumiñahui Puente N° 3; de la ciudad de
Quito; en calidad de paciente o como
representante _____ del paciente _____; autorizo a
Yolanda Cobos, con profesión o especialidad
Naturópata - Estudiante; para la realización del procedimiento
Terapia con imanes

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

- 1. Como marcapasos
- 2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro.

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
C. IDENTIDAD: _____



Yo Martha Andrea de F. con CI. _____; domiciliado en Carrapungo y Itapoa; de la ciudad de Quito; en calidad de paciente si o como representante del paciente _____; autorizo a Yolanda Cobos, con profesión o especialidad Naturópata - Estudiante; para la realización del procedimiento Terapia con imanes

SI NO he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: Martha Andrea de F.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALU: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo _____, con CI. _____; domiciliado en
la calle Carlos Andrade Marín N° 48-75 Cap. Rácula; de la ciudad de
Quito; en calidad de paciente o como
representante _____ del paciente _____; autorizo a
Yolanda Colos, con profesión o especialidad
naturopata - estudiante; para la realización del procedimiento
Terapia con imanes

SI NO ___ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO ___ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO ___ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO ___ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO ___ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI NO ___ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
C. IDENTIDAD: _____



Yo Julia - Villa N°238 y Carrion con CI. _____; domiciliado en Quito; de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a Patricia Cobos, con profesión o especialidad Naturópata - Estudiante; para la realización del procedimiento terapia con imanes

SI NO ___ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO ___ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO ___ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO ___ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO ___ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI NO ___ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma] _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo _____, con CI. _____; domiciliado en
 Ciudad de Quito, Dirección Alemania y Eloy Alfaro; de la ciudad de
 Quito; en calidad de paciente o como
 representante del paciente _____; autorizo a
 Yolanda Cobos _____, con profesión o especialidad
 Naturópata Estudiante; para la realización del procedimiento
 Terapia con imanes

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura y en otro punto en la espalda a la altura de la 9na vértebra torácicas.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. _____
2. _____, etc.

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que el tratamiento es de investigación y que durante el tratamiento debo seguir las indicaciones dadas por el terapeuta.

SI NO _____ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____

Nº REGISTRO PROFESIONAL: _____



Yo _____, con CI. _____; domiciliado en _____ de la ciudad de _____; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a _____, con profesión o especialidad _____; para la realización del procedimiento _____.

SI NO he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 C. IDENTIDAD: _____



Yo _____, con CI. _____; domiciliado en
Alemania N29-60 y Eloy Alfaro, _____; de la ciudad de
Quito. _____; en calidad de paciente o como
 representante del paciente _____; autorizo a
Yolanda Cobos, con profesión o especialidad
NATUROPATA, _____; para la realización del procedimiento
Terapia con IMAÑ.

SI NO ___ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura y en otro punto en la espalda a la altura de la 9na vértebra torácicas.

SI NO ___ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. _____
2. _____, etc.

SI NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO ___ comprendo y acepto que el tratamiento es de investigación y que durante el tratamiento debo seguir las indicaciones dadas por el terapeuta.

SI NO ___ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO ___ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI NO ___ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____

Nº REGISTRO PROFESIONAL: _____



Yo _____, con CI. _____; domiciliado en
Quito, Nueve Isidro Ayora y Pablo Caceres; de la ciudad de
Quito; en calidad de paciente o como
 representante del paciente _____; autorizo a
YELINDA COROS, con profesión o especialidad
NATUROPATA; para la realización del procedimiento

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: Juan A. de la Cruz
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 C. IDENTIDAD: _____



Yo _____ con CI. _____; domiciliado en
EL COZADO _____; de la ciudad de
1 DE MAYO _____; en calidad de paciente SI o como
 representante _____ del paciente _____; autorizo a
 _____, con profesión o especialidad
YOLANDA COBOS NATURO PATIA _____; para la realización del procedimiento
TERAPIA CON IMANES

SI NO he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____ *Yolanda Cobos* _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 C. IDENTIDAD: _____



Yo _____ con CI. _____; domiciliado en
 Chillogallo _____; de la ciudad de
 Cuito _____; en calidad de paciente o como
 representante del paciente _____; autorizo a
 Yolanda Cobos _____, con profesión o especialidad
 Naturopata Estudiante _____; para la realización del procedimiento
 Terapia con imanes _____

SI NO _____ he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.


SI NO _____ comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI _____ NO _____ estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE:  _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____



Yo _____, con CI. _____; domiciliado en _____; de la ciudad de _____; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a _____, con profesión o especialidad _____; para la realización del procedimiento _____.

SI NO he sido informado claramente sobre la terapia con imanes, que consiste en el uso de imanes, colocados directamente en la piel, en el punto de la contractura.

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia, en especial si hubiera la presencia de aparatos de tipo electrónico.

1. Como marcapasos _____
2. Estado de gestación, niños menores de dos años, sensibilidad individual a imanes o micro poro. _____

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que me fue informada las características no invasivas de la terapia con imanes.

SI NO comprendo y acepto que la terapia con imanes a la que me someto es parte de un proyecto de investigación, del cual estoy siendo informado y a su vez me comprometo a cumplir las recomendaciones generales dadas por la terapeuta.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____