

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR "ESCULAPIO"

I.S.T.E.

REGISTRO SENEYCOT No. 17-061

ESCUELA DE ENSEÑANZAS DE TERAPIAS NATURALES

2019

APLICACIÓN TERAPÉUTICA DE CERA DE ABEJA EN LUMBALGIAS, PARA CONDUCTORES PROFESIONALES DE 23 A 65 AÑOS, DE LA COOPERATIVA DE TAXIS TRANSPORTES SIGCHOS S.A., EN LA CIUDAD DE QUITO.

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

FLAVIO DAVID PANCHO GALARZA

DRA. REBECA PEÑA

## RESUMEN

En esta investigación se estudió la efectividad de la cera de abeja en el tratamiento del dolor lumbar en conductores profesionales de la Cooperativa de Taxis Transportes Sigchos S.A. Para esto se seleccionó una muestra de 30 pacientes en quienes se usó esta terapia natural. La información recolectada fue analizada desde una perspectiva cuantitativa, lo que ayudó a comparar la intensidad del dolor utilizando la escala de EVA, tanto al inicio como al final del tratamiento.

**Palabras claves:** Dolor lumbar, cera, cera de abeja, punto V40, lumbalgia.

## CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

CERTIFICO QUE ESTE TRABAJO APLICACIÓN TERAPÉUTICA CON CERA DE ABEJA EN LUMBALGIAS, PARA CONDUCTORES PROFESIONALES DE 23 A 65 AÑOS, DE LA COOPERATIVA DE TAXIS TRANSPORTES SIGCHOS S.A., EN LA CIUDAD DE QUITO, FUE REALIZADO POR: FLAVIO PANCHO.

QUITO 27 DE AGOSTO DE 2019

---

DRA. REBECA PEÑA

“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 PERIODO DE 3 AÑOS CONTADOS DESPUÉS DE SU APROBACIÓN.”

---

FLAVIO DAVID PANCHO GALARZA

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo va dedicado a mis padres, esposa e hijos que siempre me apoyaron en cada decisión y proyecto incondicionalmente para poder llegar a culminar un escalón más en mi vida. Les agradezco y hago presente mi afecto hacia ustedes.

Flavio David Pancho Galarza

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco aquel ser supremo por todas las bendiciones que me ha dado en el transcurso de mi vida. A mis padres, esposa e hijos por los momentos sacrificados en nuestra vida como familia, gracias por entender el significado del sacrificio. Por estar presente a mi lado y nunca juzgarme. Por los ánimos y buenos deseos para superarme. A todos los que hacen el Instituto Esculapio que con su bondad supieron guiar y transmitir sus conocimiento desde el primer día que tomé el valor de estudiar esta generosa carrera.

Flavio David Pancho Galarza

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>CAPITULO 1: METODOLOGÍA</b> .....	4
Tipo de estudio.....	4
Proceso de investigación.....	4
Universo y muestra.....	4
Variables.....	5
Dependiente.....	5
Independiente.....	5
Materiales.....	5
Proceso de elaboración de lápices de cera.....	6
Proceso de tratamiento.....	6
Unidades de medida.....	7
Medida del corazón.....	8
Medidas con los dedos.....	8
Través de dedos.....	8
Propuesta terapéutica.....	10
Vejiga 23 - Zen Lu.....	11
Localización.....	11
Indicaciones principales.....	11
Ps-E7 - Yao Yan.....	12
Localización.....	12
Indicaciones principales.....	12
Vejiga 40 - Oé Tchong.....	13
Localización.....	13
Indicaciones principales.....	13
V 60 - Kuen Loun.....	14
Localización.....	14
Indicaciones principales.....	15
<b>CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO</b> .....	16
Columna Lumbar.....	16
Lumbalgia.....	17
Factores de Riesgo.....	19
Prevención.....	21
En la Medicina Tradicional China.....	22
Historia de la cera.....	23
Composición de la cera de abeja.....	23
Beneficios de la Cera de abeja.....	23
<b>CAPITULO 3: RECOLECCION DE INFORMACIÓN</b> .....	25
Historia Clínica.....	25
Escala Visual Análoga (EVA).....	25
<b>CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	27
Análisis comparativo.....	27
<b>CONCLUSIONES</b> .....	38
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	39
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	40
<b>ANEXOS</b> .....	41

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Lápiz con cera de abeja.....	6
<b>Gráfico 2:</b> Tsun 1.....	7
<b>Gráfico 3:</b> Tsun 1.5.....	8
<b>Gráfico 4:</b> Tsun 3.....	9
<b>Gráfico 5:</b> Forma de aplicación.....	10
<b>Gráfico 6:</b> Aplicación de lápiz de cera de abeja.....	10
<b>Gráfico 7:</b> Zen Lu - Vejiga 23.....	11
<b>Gráfico 8:</b> Yao Yan – Ps - E 7.....	12
<b>Gráfico 9:</b> Oé Tchong – Vejiga 40.....	13
<b>Gráfico 10:</b> Kuen Loun - Vejiga 60.....	14
<b>Gráfico 11:</b> Anatomía de la columna lumbar.....	16
<b>Gráfico 12:</b> Postura al conducir.....	20
<b>Gráfico 13:</b> Postura correcta al conducir.....	21
<b>Gráfico 14:</b> Porcentaje de pacientes atendidos por género.....	27
<b>Gráfico 15:</b> Porcentajes de edades mujeres atendidas.....	28
<b>Gráfico 16:</b> Porcentaje de edades hombres atendidos.....	29
<b>Gráfico 17:</b> Porcentaje de localización de dolor pacientes mujeres.....	30
<b>Gráfico 18:</b> Porcentaje de localización de dolor paciente hombres.....	31
<b>Gráfico 19:</b> Porcentaje de tipo dolor lumbar en mujeres.....	32
<b>Gráfico 20:</b> Porcentaje de tipo dolor lumbar en hombres.....	33
<b>Gráfico 21:</b> Porcentaje de causas del dolor lumbar.....	34
<b>Gráfico 22:</b> Porcentaje de dolor lumbar al inicio terapia.....	35
<b>Gráfico 23:</b> Porcentaje de dolor final terapia.....	36

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Porcentaje de pacientes atendidos por género.....	27
<b>Tabla 2:</b> Número y porcentaje por edades mujeres atendidas.....	28
<b>Tabla 3:</b> Número y porcentajes de edades hombres atendidos.....	29
<b>Tabla 4:</b> Número y porcentajes de localización de dolor paciente mujeres.....	30
<b>Tabla 5:</b> Número y porcentajes de localización de dolor paciente hombres.....	31
<b>Tabla 6:</b> Número y porcentaje de tipo dolor mujeres.....	32
<b>Tabla 7:</b> Número y porcentaje de tipo dolor hombres.....	33
<b>Tabla 8:</b> Número y porcentaje de causas del dolor lumbar.....	34
<b>Tabla 9:</b> Número y porcentaje de dolor al inicio de la terapia.....	35
<b>Tabla 10:</b> Número y porcentaje del dolor al final de la terapia.....	36

## INTRODUCCIÓN

El conductor de taxi durante su jornada laboral, interactúa con el medio a través de su herramienta de trabajo, el vehículo, el cual pasa a ser una extensión de su esquema corporal, el que debe dominar más allá de sus sentidos, lo que conlleva a una sobrecarga de estímulos que muchas veces el organismo no llega a asimilar, perdiendo la capacidad de adaptación al medio, lo que luego se traduce en lumbalgias, provocando de esta manera trastornos musculoesqueléticos. (Duque, 2011)

La inactividad física a la que están expuesto los profesionales del volante, quienes permanecen en su puesto de trabajo inactivos, de 10 a 16 horas diarias, hace que sufran dolores a nivel lumbar quedando limitados, no solo por la incapacidad de no poder mover la parte del cuerpo dolorido, sino por la restricción a los sentidos que el dolor mismo ha provocado, ya sea dejando de interactuar con sus semejantes o por el mismo estado emocional que en muchos provoca, ira, depresión, irritabilidad y demás. (Duque, 2011)

La aplicación terapéutica de la cera de abeja es una práctica de la medicina tradicional china aplicable en determinados puntos del cuerpo humano por su gran almacenamiento de calor para descontracturar dolores producidos mediante estímulo que permite aliviar determinadas zonas.

Esta investigación consta de cuatro capítulos, el primer capítulo se encuentra la metodología que se usará para alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación, el segundo capítulo se presenta el marco teórico que ayudará a

analizar la información recolectada. El tercer capítulo se observa los métodos que se utilizó para recolectar datos que se manejaron en la presente investigación. El cuarto capítulo se encuentra los resultados obtenidos, que nos permite saber la efectividad del uso de la cera de abeja en lumbalgias.

Los objetivos de la presente investigación son: Demostrar la efectividad de la aplicación con cera abeja en el tratamiento del dolor lumbar en los conductores de taxis de la Cooperativa Sigchos. Identificar los factores de riesgo que producen el dolor lumbar. Elaborar un protocolo de tratamiento con cera de abeja en pacientes que refieran dolor lumbar y evaluar la intensidad del dolor con la escala EVA al inicio y al final de la terapia.

Esta investigación está alineada al objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir referente a garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas y se encuadra dentro de los campos de educación y capacitación 2013 de la CINE (ISCED-F 2013) en el campo amplio cine 09 de salud y bienestar específicamente en el campo detallado 0917 Medicina y terapia tradicional y complementaria.

## **CAPITULO 1: METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio**

Para el presente trabajo de investigación se utilizara el método inductivo el mismo que ayudara a registrar los datos del paciente en las historias clínicas las mismas que serán analizadas y medida la intensidad del dolor en la escala EVA, expresa en cada encuesta.

También será aplicado en método descriptivo con este método se registrará de manera detallada los datos de la historia clínica y encuesta.

### **Proceso de investigación**

Este trabajo se lleva a cabo en la sede de la Cooperativa de Taxis Transportes Sigchos S.A., domiciliada en Quito, donde a diario se presentan dolores de tipo lumbar, entre otras. Este tipo de investigación se apoyará en información que provendrá de encuestas y observaciones.

En esta investigación se realizará:

Historias Clínicas

Escala de dolor EVA

### **Universo y muestra**

La muestra se va a realizar en la sede de la Cooperativa de Taxis Transportes Sigchos S.A., domiciliada en Quito.

El tamaño de la muestra es de 30 personas que padecen de dolor lumbar, con la finalidad de aplicar cera de abeja para disminuir el dolor.

### **Variables**

#### **Dependiente**

Aplicación de cera de abeja en resonadores energéticos (V23, V40, PSE 7 y V60).

#### **Independiente**

Dolor Lumbar

### **Materiales**

Para realizar el tratamiento con cera de abeja se utilizará los siguientes materiales:

Cera de abeja (150 gr)

Madera (30 cm de largo por 3 mm de ancho)

Estufa

Recipiente

Agua (600 ml)

Fosforera

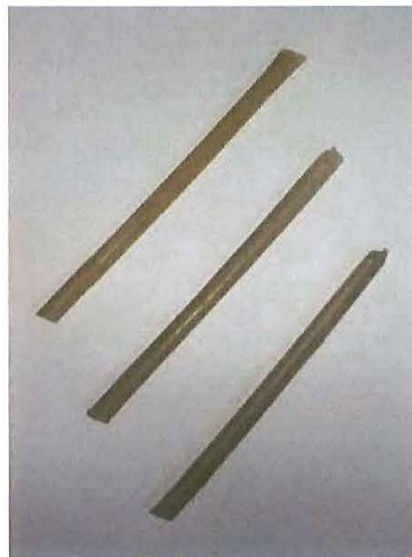
Camilla

Sábanas

### **Proceso de elaboración de lápices de cera**

Se deben elaborar las lápices de cera, debido a que en el mercado es de difícil acceso en esta presentación, para lo cual se procederá a verter el agua en un recipiente y llevar a la estufa a temperatura no mayor a 30°, colocar la cera de abeja dentro del recipiente y disolver a baño María (no hervir), disuelta la cera colocar en la madera y dejar que enfríe hasta que se solidifique.

**Grafico 1:** Lápiz con cera de abeja



Flavio Pancho (2019) Lápiz con cera de abeja

### **Proceso de tratamiento**

Imaginemos una rejilla energética del cuerpo físico, cuya forma solo puede concebirse diferente a la realidad material, estos se localizan en la superficie de la piel y se comunican a través de los meridianos, mediante la estimulación con acupuntura, moxibustión, masaje y otras técnicas de la medicina tradicional china,

con la finalidad de regular la energía - sangre de los órganos y vísceras que circulan por un meridiano.

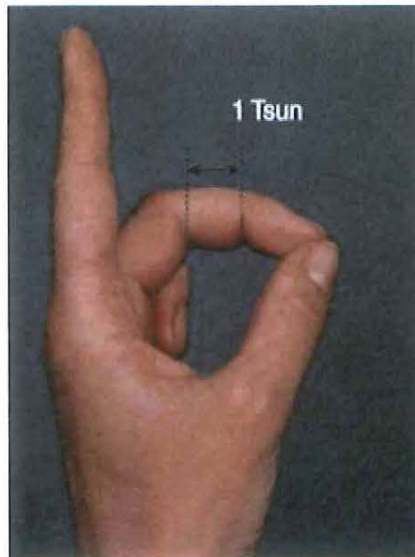
### **Unidades de medida**

Las medidas orientativas, proporcionales a las dimensiones corporales de cada paciente, determinan las distancias referentes anatómicas topográficas. La unidad básica del cálculo de distancias de la Medicina China es el Tsun ("distancia" o "pulgada").

### **Medida del corazón**

Si se coloca la punta del dedo corazón sobre la punta del pulgar (ligeramente flexionado), la distancia entre los dos pliegues de flexión de ambas articulaciones interfalángicas del dedo corazón corresponde a 1 Tsun.

**Grafico 2: Tsun 1**

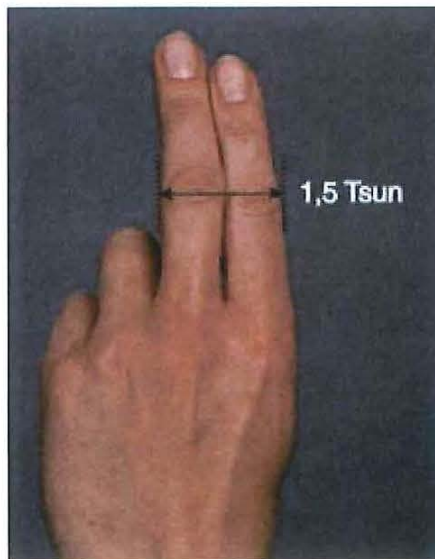


Atlas Gráfico de Acupuntura - Representaciones de los puntos de acupuntura (pág. 1): <https://es.slideshare.net/LopezAlejandro/27552611-atlasgraficodeacupunturayulinlianeoutros>

### Medidas con los dedos

Estas medidas se obtienen midiendo los dedos de la mano del paciente. El ancho del dedo índice y el dedo corazón al nivel de la primera articulación interfalángica correspondiente a 1.5 Tsun.

**Grafico 3: Tsun 1.5**

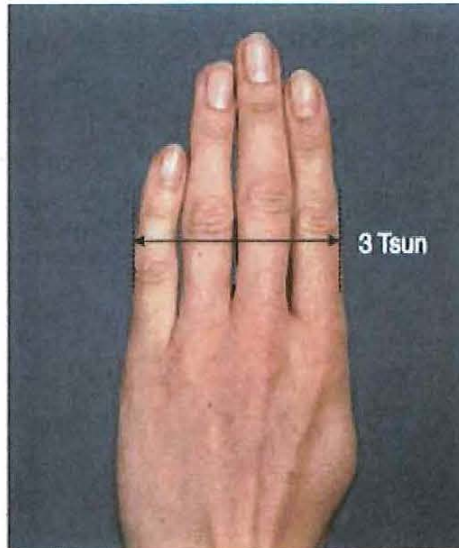


Atlas Gráfico de Acupuntura - Representaciones de los puntos de acupuntura (pág. 1): <https://es.slideshare.net/LopezAlejandro/27552611-atlasgraficodeacupunturayulinlianeoutros>

### Través de dedos

El ancho de los dedos índice, corazón, anular y meñique (al nivel de la articulación interfalángica proximal del dedo más grande) corresponde a 3 Tsun.

#### Grafico 4: Tsun 3



Atlas Gráfico de Acupuntura - Representaciones de los puntos de acupuntura (pág. 1): <https://es.slideshare.net/LopezAlejandro/27552611-atlasgraficodeacupunturayulinlianeoutros>

El tratamiento se lo llevará a cabo en pacientes que presentan dolor lumbar, para lo cual se solicitará recostarse en posición decúbito prono, procediendo a identificar los resonadores (V23, V40, PSE 7 y V60), en los cuales se colocara micropore, con la finalidad de evitar el contacto directo e irritación en piel al momento de colocar la cera de abeja.

Disolver los lápices de cera de abeja con la ayuda de una fosforera, mientras se espera la solidificación y enfriamiento. Se deberá indicar al paciente que debe asistir a seis terapias mínimas requeridas, para que se den los resultados esperados.

**Grafico 5:** Forma de aplicación



Flavio Pancho (2019) Identificación de resonadores

**Grafico 6:** Aplicación de lápiz de cera de abeja



Flavio Pancho (2019) Aplicación de lápices de cera de abeja

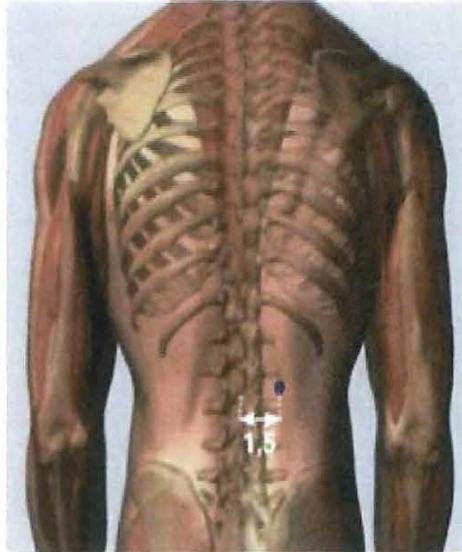
### **Propuesta terapéutica**

En el presente estudio procederé a identificar de resonadores energéticos a utilizarse dentro de la terapia, convirtiéndose en un procedimiento, confiable y no invasivo.

## **Vejiga 23 - Zen Lu**

(Transporte del riñón, punto posterior shu del riñón).

**Gráfico 7:** Zen Lu - Vejiga 23



Atlas Gráfico de Acupuntura - Representaciones de los puntos de acupuntura (pág. 138): <https://es.slideshare.net/LopezAlejandro/27552611-atlasgraficodeacupunturayulinlianeoutros>

### **Localización**

Se sitúa, a 1.5 Tsun lateral al borde inferior de la apófisis espinosa de la vértebra L2.

### **Indicaciones principales**

Protege el riñón y enriquece el Yin, regula el flujo menstrual, moviliza y elimina el agua Enfermedades crónicas con debilidad general.

Lumbalgia.

## Ps-E7 - Yao Yan

(Ojo lumbar, ojo de la cintura)

**Gráfico 8:** Yao Yan – Ps - E 7



Atlas Gráfico de Acupuntura - Representaciones de los puntos de acupuntura  
(pág. 322): <https://es.slideshare.net/LopezAlejandro/27552611-atlasgraficodeacupunturayulinlianeoutros>  
Atlas Gráfico de Acupuntura

### Localización

A la altura de la depresión inferior de la apófisis espinosa de L4, en la depresión a 3,5 Tsun lateralmente hasta la línea media posterior

### Indicaciones principales

Alteraciones dolorosas de la región lumbar y la pelvis.

Síndrome de sobrecarga lumbosacra.

## **Vejiga 40 - Oé Tchong**

(Centro del recodo, centro poplíteo, punto influencia)

**Gráfico 9:** Oé Tchong – Vejiga 40



Atlas Gráfico de Acupuntura - Representaciones de los puntos de acupuntura  
(pág. 150): <https://es.slideshare.net/LopezAlejandro/27552611-atlasgraficodeacupunturayulinianeoutros>  
Atlas Gráfico de Acupuntura

### **Localización**

En el centro del pliegue articular de la rodilla. 1,5 Tsun perpendicular; microsangría en los vasos cutáneos del hueco poplíteo. Este punto se localiza cerca del nervio tibial y la arteria poplíteo.

### **Indicaciones principales**

Despeja el calor y permite aclarar nuevamente el cerebro, descongiona el meridiano y sus ramificaciones y los hace transitables.

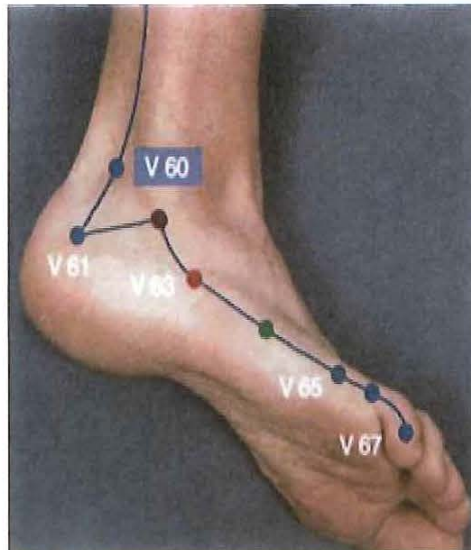
Trastornos motores, dolor y espasmos en la extremidad inferior.

Alteraciones dolorosas de la región lumbar con o sin irradiación hacia la parte posterior del muslo.

### V 60 - Kuen Loun

(Montañas Kuen Loun)

**Gráfico 10:** Kuen Loun - Vejiga 60



Atlas Gráfico de Acupuntura - Representaciones de los puntos de acupuntura (pág. 162): <https://es.slideshare.net/LopezAlejandro/27552611-atlasgraficodeacupunturayulinianeotros>  
Atlas Gráfico de Acupuntura

### Localización

En el centro entre la protuberancia máxima del maleólo externo y el tendón de Aquiles 0,5-0,8 Tsun perpendicular.

### **Indicaciones principales**

Dispersa el viento y despeja el calor, hace el meridiano transitable y calma el dolor.

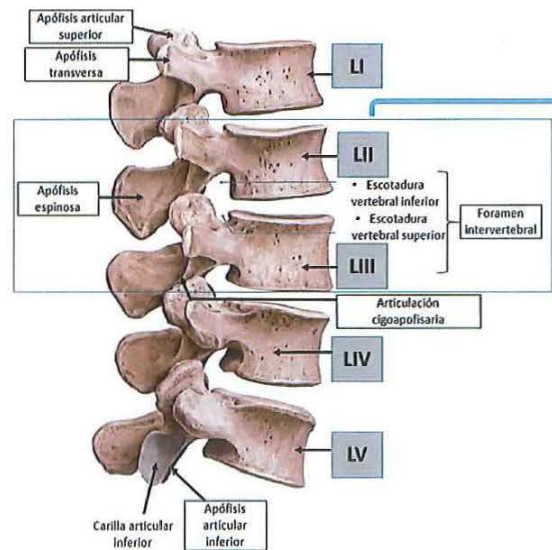
Lumbalgia.

## CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

### Columna Lumbar

La columna lumbar se compone de cinco vértebras dispuestas en una curva lordótica que es convexa hacia delante. Los discos son gruesos y miden aproximadamente un tercio de la altura del cuerpo vertebral correspondiente.

**Gráfico 11:** Anatomía de la columna lumbar



Anatomía y biomecánica de la columna lumbar:  
<https://dolopedia.com/articulo/anatomia-de-la-columna-lumbar>

Las vértebras lumbares se hallan en la parte inferior del dorso, entre el tórax y el sacro. Tienen un cuerpo muy voluminoso y grande, reniforme en la vista superior; el agujero vertebral es triangular, mayor que en las vértebras torácicas y menor que en las vértebras cervicales.

Apófisis transversas son largas y delgadas, apófisis accesoria en la cara posterior de su base.

Articulares sus caras posteriores están dirigidas posteromedial, sus caras inferiores están dirigidas anterolateralmente, tienen apófisis mamilar en la cara posterior de cada apófisis articular; Espinosas se dirigen horizontalmente, son cortas y robustas, gruesas, anchas y en forma de hacha. (Garzón, 2015)

### **Lumbalgia**

La Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar, hacen referencia a la lumbalgia, lumbago o dolor bajo en la espalda, al mismo proceso, un dolor localizado en la espalda a nivel de la zona lumbar, que en ocasiones se irradia a la región glútea o a la cara flexora de los muslos, siendo muy común en la población adulta. (Espinosa, 2007).

El dolor se agrava con la movilización, mejora con el reposo funcional de la zona afectada y no existe dolor nocturno espontáneo. Por lo general existen antecedentes de episodios previos de similares características y, frecuentemente, puede identificarse un desencadenante del cuadro actual de dolor.

A la lumbalgia se la puede clasificar según su etiología según su tiempo de evolución: Según su clasificación etiológica estas pueden ser mecánica, no mecánica y lumbociáticas:

Mecánica se caracteriza por presentar dolor lumbar que sin ser radiculopatía puede irradiarse a la zona glútea y a la cara posterior de ambos

muslos hasta aproximadamente el tercio medio. El dolor empeora con la movilización, mejora con el reposo de la zona afectada. Suelen existir antecedentes de episodios previos similares y frecuentemente se puede identificar un desencadenante. Lo más frecuente es que esté producido por alteraciones estructurales y por sobrecargas posturales y funcionales de los elementos que forman la columna vertebral: cuerpos vertebrales, ligamentos, discos intervertebrales y musculatura paravertebral (García, 2012).

No mecánica es poco frecuente, pero los cuadros de mayor gravedad suelen estar dentro de este grupo. Es un dolor diurno y/o nocturno. No cede con el reposo y puede llegar a alterar el sueño. Las causas de este tipo de dolor se pueden clasificar en cuatro grandes grupos: inflamatoria, infecciosa, tumoral y visceral. Es importante interrogar sobre afectación sistémica del paciente (fiebre, pérdida de peso infecciones en otras localizaciones, etc.) (García, 2012).

Lumbociática es el “dolor lumbar irradiado a lo largo del trayecto del nervio ciático, sigue por la cara posterior de la nalga y muslo, por la cara externa y posterior de pierna y pie hasta terminar en la punta de los dedos”. (Fernández, 2009).

Existen muchas causas que pueden comprimir e impedir el deslizamiento de las raíces, como tumores vertebrales, traumatismos, fenómenos inflamatorios, etc. Pero la gran mayoría de las veces es la hernia del núcleo pulposo (90%) que comprime la raíz en la emergencia del saco, en el trayecto del foramen o a su salida.

Según su clasificación por tiempo de evolución estas pueden ser:

Aguda algunos autores plantean que este tipo de lumbalgia presenta un tiempo de evolución inferior a las 4 semanas; mientras que otros autores la describen como las que no van más allá de las de 2 semanas o incluso de la semana de evolución. (Pérez , 2006).

Subaguda existen autores que consideran que estas lumbalgias presentan un tiempo de evolución comprendido entre las 4 y 12 semanas, para otros serían las comprendidas entre las 2 y 12 semanas de evolución o incluso entre la semana y las 7 semanas. (Pérez , 2006).

Crónica muchos las describen con un tiempo de evolución superior a los 3 meses, mientras que para otros son las que superan las 7 semanas de evolución. (Pérez , 2006).

### **Factores de Riesgo**

Pueden conllevar a la lumbalgia en conductores, se mencionan los siguientes: personales (edad, genero, sobrepeso, deporte), ocupacionales (carga horaria, largas jornadas de trabajo, antigüedad laboral, mala postura) y psicológicos (estrés laboral, sueño,). (Ocaña , 2007).

Ocupacionales por carga horaria Indica el tiempo en horas que realiza una actividad laboral un individuo, se establece por lo tanto 8 horas diarias (40horas semanales), por lo tanto el exceso de horas laborables conlleva a mayor riesgo para la salud de las personas. (Revista Judicial, 2014).

Largas jornadas de trabajo, los individuos que conducen a diario y recorren largas distancias, sin paradas, presentan mayor riesgo que aquellos que lo hacen en trayectos cortos y pueden variar de postura, aunque la distancia total diaria recorrida sea la misma, así mismo la antigüedad laboral puede agravar el cuadro. (Giuliana, 2015).

Mala postura corporal, un conductor que se sienta inadecuadamente al volante puede favorecer la aparición de dolor lumbar, o empeorar el existente. Se ha demostrado que la postura sentada mantenida no tiene relación con la aparición de lumbalgias a no ser que se combine con la adopción de posturas inadecuadas. El trabajo de los conductores requiere cumplir jornadas laborales de gran carga horaria que acompañado de condiciones de la unidad, el asiento, la antigüedad del vehículo y la antigüedad laboral, provoca una gran carga para el cuerpo, principalmente para la columna lumbar. (Giuliana, 2015).

**Gráfico 12:** Postura al conducir



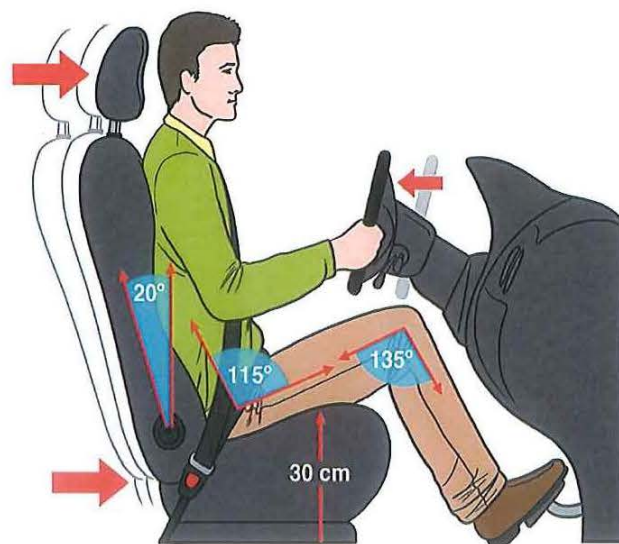
Importancia de la postura al conducir: <https://fisiostar.com/ergonomia/la-importancia-de-la-postura-al-conducir>

## Prevención

El conductor de taxi debe adoptar una higiene postural adecuada con la finalidad de prevenir molestias indeseadas y lesiones, sobre todo en la zona del cuello como consecuencia de la posición al volante.

Al conducir es aconsejable adelantar el asiento del automóvil hasta alcanzar los pedales (freno, acelerador y embrague) con la espalda completamente apoyada en el respaldo, las rodillas en línea con las caderas (ángulo de 90°). Sentarse derecho, tomar el volante con las manos quedando los brazos semi flexionados. Sin duda, estar relajado favorece a que el riesgo de sufrir malestar o daños a causa de una mala posición. (ICTP, 2015).

**Gráfico 13:** Postura correcta al conducir



Higiene Postural: <https://www.dolor.com/evitar-dolor-postural-al-conducir.html>

## **En la Medicina Tradicional China**

La lumbalgia puede tener como etiología las siguientes causas: Vivir en un entorno de gran humedad ambiental, mantenerse en una posición sentada durante un período de tiempo excesivo, entre otros. La elevación excesiva de objetos debilita la parte posterior de dos maneras; de una manera puramente física, que tensiona los músculos de la espalda baja, y de manera energética, se debilita Qi de Riñón.

Los principales patrones que se encuentran en el dolor lumbar son: Invasión del frío y la humedad, Estancamiento de Qi y Sangre, Deficiencia de Riñón, Estancamiento de Qi de Hígado, Deficiencia de Riñón y Bazo. Sus principios de tratamiento de acuerdo a cada patrón puede ser: Expulsar Frío, Resolver la humedad, Movilizar el Qi y Vigorizar Sangre en condiciones de exceso, y Tonificar los riñones en condiciones de insuficiencia. La invasión por patógeno externo puede ser invasión viento – humedad – frío, invasión viento – humedad – calor, acumulación de frío – humedad o flujo descendente de humedad – calor.

## **Historia de la cera**

Las abejas jóvenes secretan la cera para la construcción de los panales donde viven y almacenan la miel, el polen y la jalea real. Suele ser de color amarillo y cuanto más clara, más pura es.

Se compone de:

- Monoésteres ..... 69%

- Humedad..... 12%
- Hidrocarburos..... 12.5%
- Ácidos céreos libres..... 13.5%

La cera de abeja se usa en cosmética y farmacia, en la preparación de pomadas, cremas nutritivas, blanqueadoras y máscaras faciales. Masticándola con miel (trozo de Panal) es buena para la sinusitis, para el asma y fiebre del heno. Un ingrediente empleado en cosmética natural por su alto contenido antioxidante e hidratante empleada por los antiguos egipcios. (Cultural Librería Americana S.A MMV, 2007)

La elaboración de la cera de abeja tiene lugar en los panales de abejas donde conservan la miel, el polen y la reina deposita sus huevos. Para conseguir producir 1 Kg de cera las abejas deben consumir entre 6 y 7 kg de miel.

### **Composición de la cera de abeja**

La cera de abeja está compuesta por 284 compuestos distintos de los que no todos han sido identificados. Se basará en monoésteres saturados e insaturados, hidrocarburos saturados e insaturados e hidroxipoliésteres.

### **Beneficios de la Cera de abeja**

La cera de abeja nutre la piel suavizándola por ello se emplea para protectores labiales y cremas. Además, sus propiedades emolientes permitirán un acabado del proceso de la depilación más natural siendo un producto ecológico 100% natural, tiene beneficios: Antialérgicos, Antiinflamatorios y Antioxidantes.

Los productos que contienen cera de abejas, suavizan la piel. La cera blanca entra normalmente en la composición de cremas nutritivas, astringentes, de limpieza, y en mascarillas para el cutis. Constituye una excelente sustancia de base para la mayor parte de los productos cosméticos.

Sirve para preparar una pastilla de mascar que tiene como cualidades, entre otras, las de activar la secreción de saliva y de jugo gástrico, destruir el sarro dentario y la deposición de nicotina en los fumadores. (Cultural Librería Americana S.A MMV, 2007).

Desde la visión de la Medicina Natural la aplicación de cera de abeja actúa sobre los músculos, tejidos conectivos y adiposo por sus propiedades antialérgicas, antiinflamatorios y antioxidantes, emanando la cantidad de calor necesaria para que el punto aplicado contribuya al estímulo de órganos, activando los canales energéticos, ayudando a que exista una circulación sanguínea y linfática adecuada.

## **CAPITULO 3: RECOLECCION DE INFORMACIÓN**

En la investigación se selecciona una muestra de 30 personas que presentan dolor lumbar, explicándole a cada paciente sobre el proceso del estudio, accediendo de esta manera a la firma del consentimiento informado.

Para la recolección de información es fundamental realizar a cada paciente las historias clínicas.

### **Historia Clínica**

La historia clínica (HC) es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica.

La historia clínica consiste en la recolección de datos socio-demográficos y las características del dolor lumbar, en los datos socio-demográficos recogieron la edad, sexo, peso, talla de cada paciente. Características del dolor lumbar con la obtención de información relevante para al inicio, duración, tipo, lugar e intensidad del dolor.

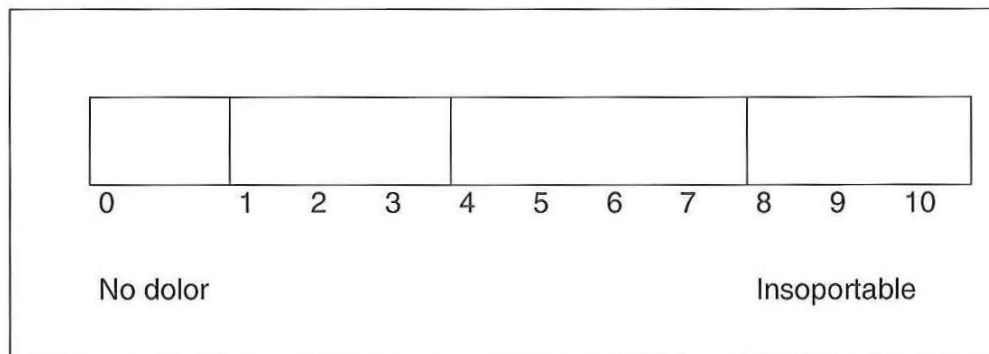
### **Escala Visual Análoga (EVA)**

Para medir la intensidad del dolor que refiere el paciente usaremos la escala visual analógica del dolor (EVA) que consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos límites se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho

la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración se considera en pacientes que refieran dolor con intensidad de 1 a 10:

1. Dolor leve si la valoración fluctúa entre 1 a 3.
2. Dolor moderado si la valoración fluctúa entre 4 a 7.
3. Dolor severo si la valoración fluctúa entre 8 a 10.



## CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE DATOS

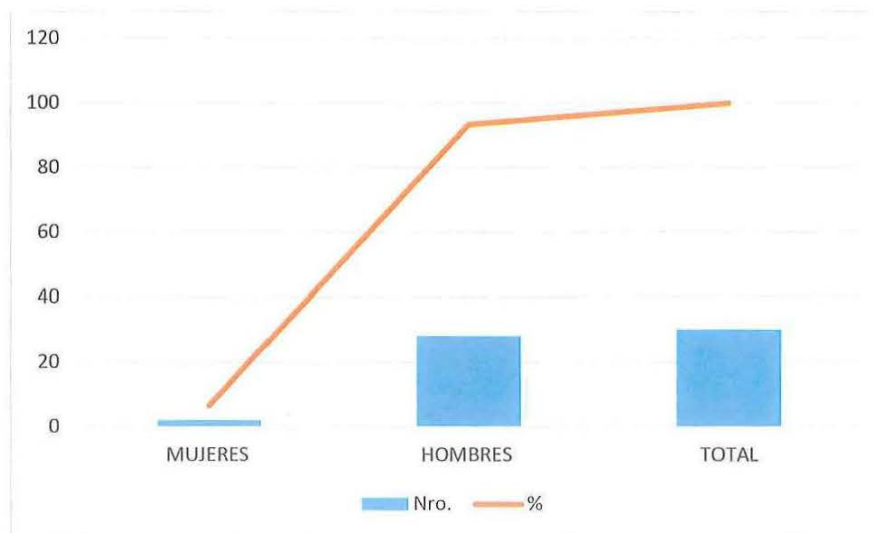
### Análisis comparativo

**Tabla 1:** Porcentaje de pacientes atendidos por género.

PACIENTES ATENDIDOS	Nro.	%
Mujeres	2	6,67
Hombres	28	93,33
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas

**Gráfico 14:** Porcentaje de pacientes atendidos por género



Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**ANÁLISIS:** La muestra dada por el gráfico Nro. 14, garantiza que esta investigación es de 30 pacientes, como se puede apreciar, el 6.67% fueron

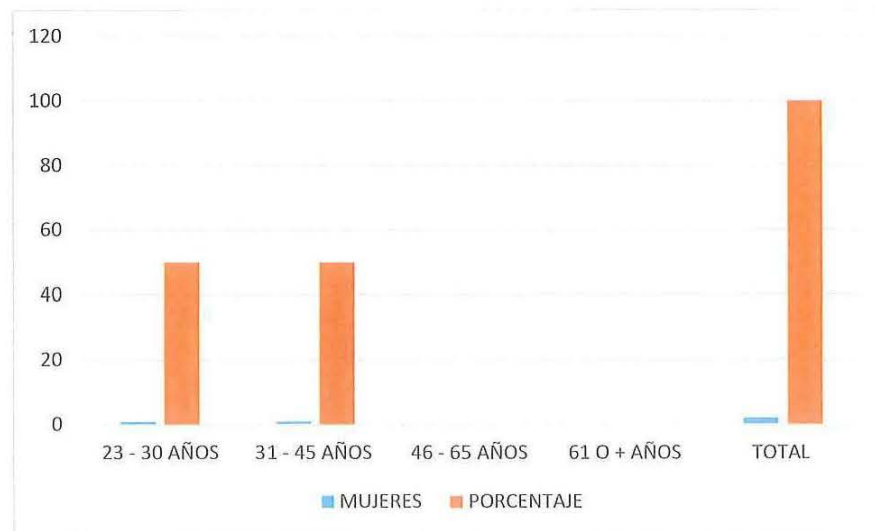
pacientes mujeres que sufren de dolor lumbar y 28 personas o el 93.33% fueron pacientes hombres que sufren de la misma dolencia.

**Tabla 2:** Número y porcentaje por edades mujeres atendidas.

EDADES	MUJERES	PORCENTAJE
23 - 30 AÑOS	1	50,00
31 - 45 AÑOS	1	50,00
46 - 65 AÑOS	0	0,00
61 O + AÑOS	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100,00</b>

Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**Gráfico 15:** Porcentajes de edades mujeres atendidas.



Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**ANÁLISIS:** Como se puede observar en el gráfico No. 15, el porcentaje es equitativo 50%, es decir que en esta investigación, las pacientes mujeres que

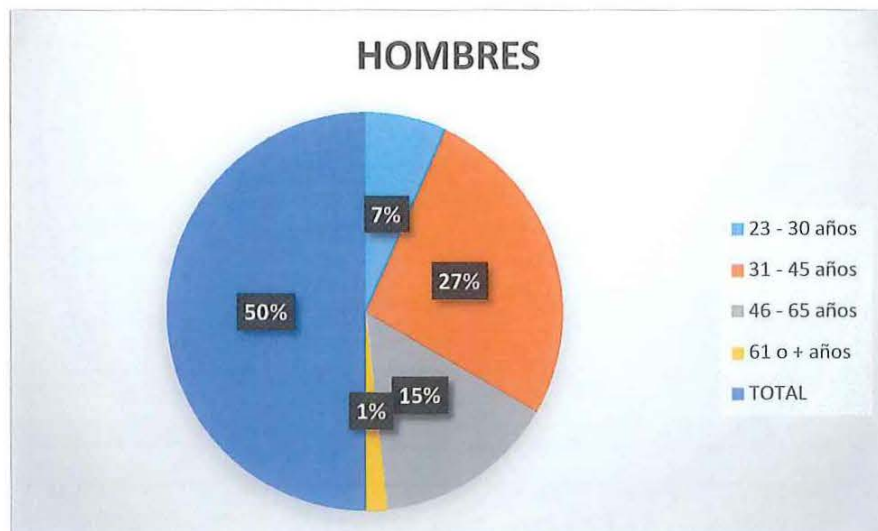
acuden con problemas dolores lumbares oscilan entre los 23 a 30 años y 31 a 45 años.

**Tabla 3:** Número y porcentajes de edades hombres atendidos.

EDADES	HOMBRES	PORCENTAJE
23 - 30 años	4	13,33
31 - 45 años	16	53,33
46 - 65 años	9	30,00
61 o + años	1	3,33
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**Gráfico 16:** Porcentaje de edades hombres atendidos.



Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**ANÁLISIS:** Como se puede observar en el gráfico No. 16, de los pacientes hombres que presentan problemas lumbares, desde los 23 a 30 años equivale al 7%, de 31 a 45 años que equivale al 27%, de 46 a 65 años equivale al 15% y de 65 años en adelante que equivale al 1%.

**Tabla 4:** Número y porcentajes de localización de dolor paciente mujeres.

LUGAR DOLOR	MUJERES	PORCENTAJE
LUMBAR DERECHA	1	50,00
LUMBAR IZQ.	1	50,00
AMBOS	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100,00</b>

Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**Gráfico 17:** Porcentaje de localización de dolor pacientes mujeres.



Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

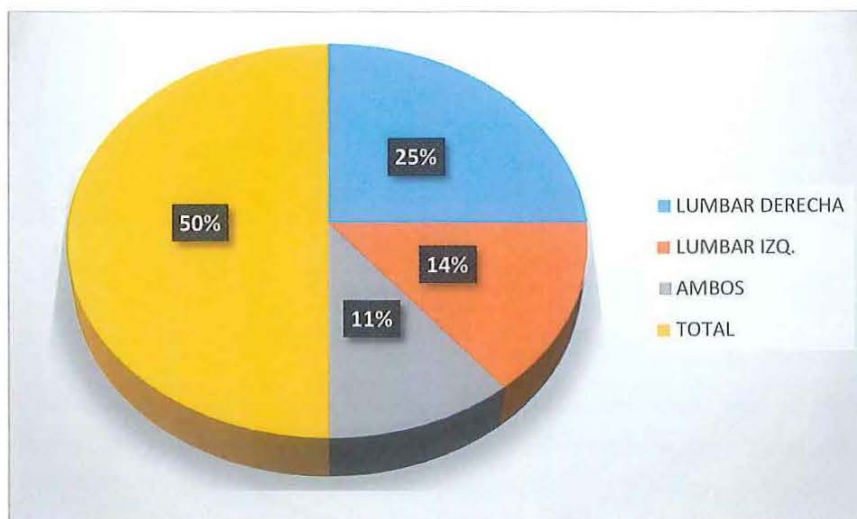
**ANALISIS:** Como se puede observar en el gráfico No. 17, las pacientes mujeres que refieren dolor lumbar en la parte derecha con un porcentaje del 50%, segundo con dolor en la lumbar izquierda con un porcentaje del 50% y por último con dolor en ambas lumbares con el 0%.

**Tabla 5:** Número y porcentajes de localización de dolor paciente hombres.

LUGAR DOLOR	HOMBRES	PORCENTAJE
LUMBAR DERECHA	14	50,00
LUMBAR IZQ.	8	28,57
AMBOS	6	21,43
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>

Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**Gráfico18:** Porcentaje de localización de dolor paciente hombres.



Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

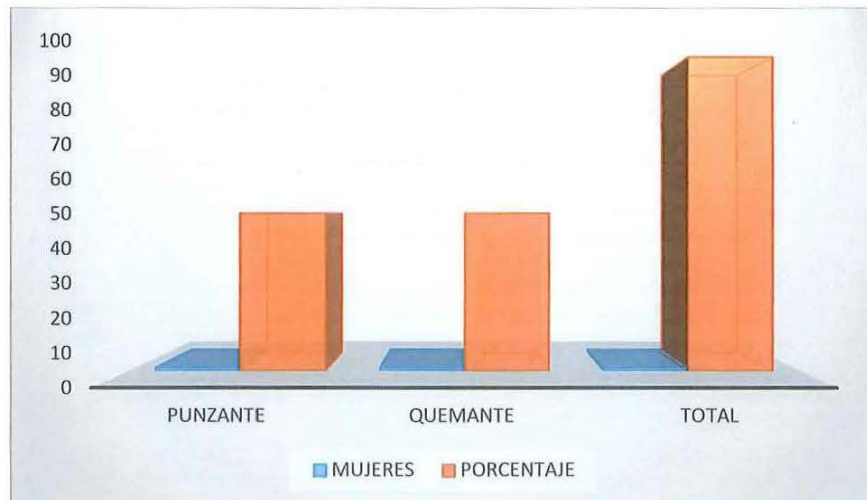
**ANALISIS:** Como se puede apreciar en el gráfico No. 18, pacientes hombres, el 50% refieren dolor lumbar en la parte derecha, el 28.57% en la parte izquierda y el 21.5% indican tener dolor en ambos lados de la zona lumbar.

**Tabla 6:** Número y porcentaje de tipo dolor mujeres

TIPO DE DOLOR	MUJERES	PORCENTAJE
PUNZANTE	1	50,00
QUEMANTE	1	50,00
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100,00</b>

Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**Gráfico 19:** Porcentaje de tipo dolor lumbar en mujeres.



Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

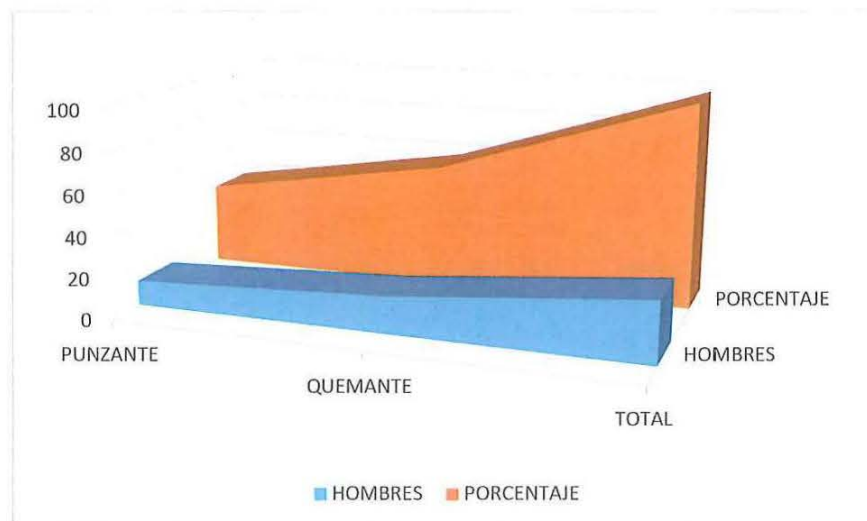
**ANALISIS:** Como se puede apreciar en el gráfico No. 19, pacientes mujeres refieren dolor lumbar, el 50% indicaron tener un dolor punzante y el 50% indicaron tener un dolor quemante en la zona lumbar.

**Tabla 7:** Número y porcentaje de tipo dolor hombres.

TIPO DE DOLOR	HOMBRES	PORCENTAJE
PUNZANTE	12	40,00
QUEMANTE	18	60,00
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**Gráfico 20:** Porcentaje de tipo dolor lumbar en hombres.



Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

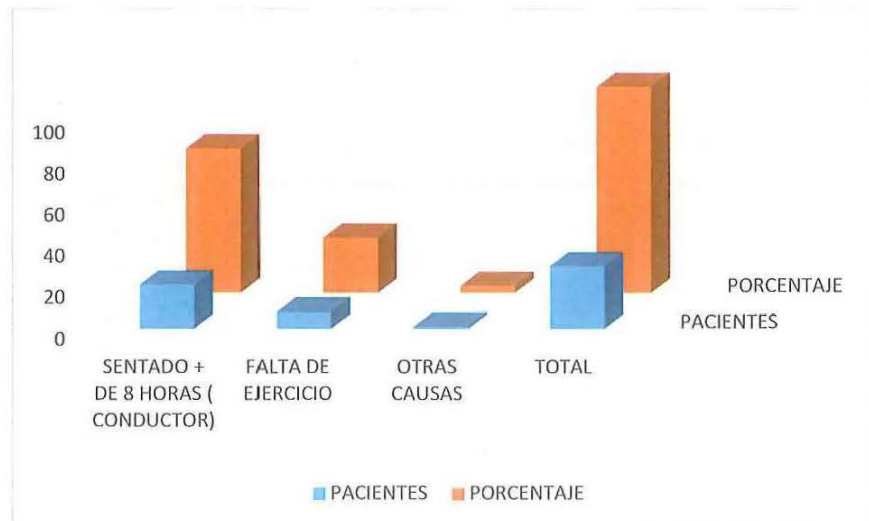
**ANALISIS:** Como se puede apreciar en el gráfico No. 20, pacientes hombres refieren dolor lumbar, el 40% indicaron tener un dolor punzante y el 60% indicaron tener un dolor quemante en la zona lumbar.

**Tabla 8:** Número y porcentaje de causas del dolor lumbar

CAUSAS DOLOR LUMBAR	PACIENTES	PORCENTAJE
SENTADO + DE 8 HORAS ( CONDUCTOR)	21	70,00
FALTA DE EJERCICIO	8	26,67
OTRAS CAUSAS	1	3,33
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**Gráfico 21:** Porcentaje de causas del dolor lumbar.



Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

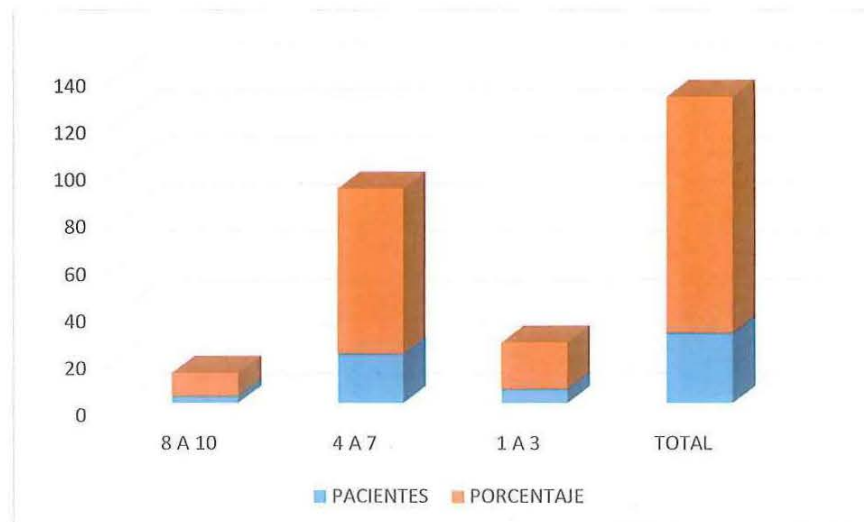
**ANALISIS:** Como se puede apreciar en el gráfico Nro. 21, pacientes que refieren dolor lumbar, el 70% indicaron estar sentados más de ocho horas al día, el 26.67% por falta de ejercicio físico y el 3.33% por otras causas.

**Tabla 9:** Número y porcentaje de dolor al inicio de la terapia

DOLOR AL INICIO DE LA TERAPIA SEGÚN LA ESCALA EVA	PACIENTES	PORCENTAJE
8 A 10	3	10,00
4 A 7	21	70,00
1 A 3	6	20,00
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**Gráfico 22:** Porcentaje de dolor lumbar al inicio terapia.



Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**ANALISIS:** Como se puede apreciar en el gráfico Nro. 22, pacientes que refieren de dolor lumbar al inicio de la terapia el 70% indicaron que tenían un dolor fuerte

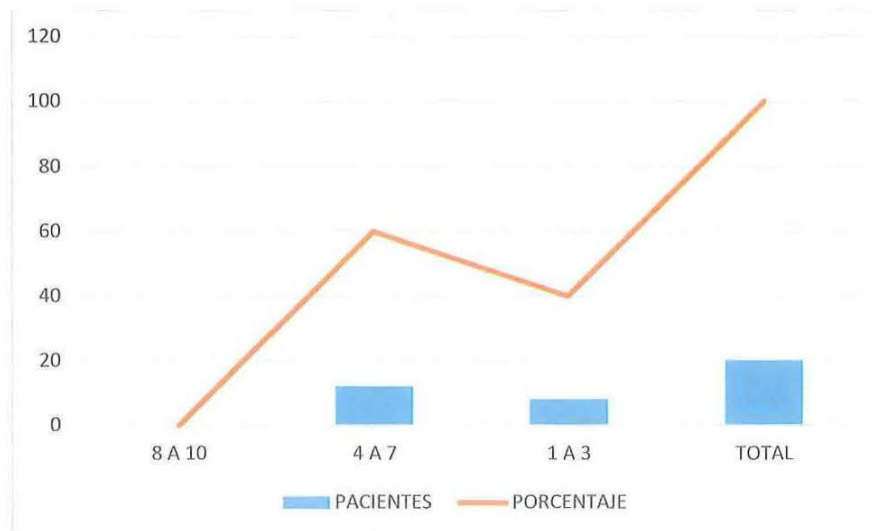
que varía de 8 a 10, el 20% tenían un dolor moderado de 4 a 7, el 20% y el 10% un dolor leve de 1 a 3.

**Tabla 10:** Número y porcentaje del dolor al final de la terapia

<b>DOLOR AL FINAL DE LA TERAPIA SEGÚN LA ESCALA EVA</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
8 A 10	0	0,00
4 A 7	12	60,00
1 A 3	8	40,00
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**Gráfico 23:** Porcentaje de dolor final terapia.



Flavio Pancho (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas.

**ANALISIS:** Como se puede apreciar en el gráfico No. 23, pacientes que refieren dolor lumbar al término de la terapia existe una mejoría puesto que el dolor disminuyo, el 60% fluctúa de 4 a 7 un dolor moderado y el 40% fluctúa de 1 a 3 donde el dolor es leve casi imperceptible.

## CONCLUSIONES

El presente trabajo investigativo concluye que el principal causante de dolor lumbar es la posición, al estar sentado más de ocho horas diarias, con un 70%, la segunda causa con 2.67% es la falta de ejercicio físico y la tercera causa con un 3.33% se destina a otras causas.

Luego de la evaluación a los pacientes se determinó que, al inicio de las terapias según la Escala del dolor EVA el 70% de los pacientes refirieron tener un dolor de 4 a 7 es decir de moderado a fuerte, el 20% un dolor de 1 a 3 dolor de leve a moderado, el 10% un dolor de 8 a 10 de dolor fuerte, comprobándose de esta manera la efectividad de la aplicación de cera de abeja en lumbalgias, puesto que el porcentaje de pacientes que tuvieron una mejoría significativa es alta, los pacientes que tuvieron una mejoría del 4 a 7 son del 60,00% de moderada a leve, el 40,00% está en la escala de 1 a 3 dolor leve casi imperceptible.

La mala postura corporal que adopta el conductor de taxi al sentarse inadecuadamente frente al volante y los pedales, sumadas las condiciones de la unidad, el asiento, la antigüedad del vehículo y la edad provocan una gran carga para el cuerpo, desencadenando el dolor lumbar.

## RECOMENDACIONES

Establecer pausas activas en periodos de recuperación luego de un periodo de tensión de carácter físico y mental generado por el trabajo. Una pausa activa puede llevar de 5 a 7 minutos. Es importante saber que un trabajo prolongado durante dos horas genera fatiga.

Adoptar una postura manteniendo una distancia correcta del asiento con el volante y pedales, los brazos deben tener un ángulo de inclinación adecuado asientos que mantengan una buena amortiguación, realizar paradas cada hora u hora y media, bajarse del vehículo y realizar algunos estiramientos para relajar la musculatura así como otros factores que influyen para mantener una higiene postural durante la conducción.

Con la finalidad de aumentar la efectividad de esta terapia natural podríamos combinarla con otras tales como: Emplastos de arcilla con jengibre, moxibustión, masajes terapéuticos, compresas calientes, auriculoterapia, ventosas calientes, quiropraxia y más.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aloysia L. Schwabe, E. W. (2003). Dolor lumbar de origen laboral. En A. J. Karen S. Rucker, *Dolor lumbar* (pág. 345). Madrid: Mc Graw Hill.
- Botella, J. (-a.-a.-1. (27 de 03 de 2011). *Escuela de Osteopatía de Madrid*. Obtenido de <https://www.scientific-european-federation-osteopaths.org/wp-content/uploads/2014/09/evaluacion-y-analisis-de-la-influencia-de-la-tecnica-de-thrust-occipito-atloaxoidea-en-la-estatic.pdf>
- Cultural Librería Americana S.A MMV. (2007). Guía Práctica de Apiterapia. En C. Fumagalli, *Guía Práctica de Apiterapia "Los beneficios naturales de los productos de la colmena"* (págs. 53 - 56). Montevideo, Rep. Oriental del Uruguay: Latinbooks International S.A.
- Duque, I. Z. (17 de 01 de 2011). *Prevalencia de lumbalgia y factores de riesgo en enfermeros y axiliares de la ciudad de Manizales* . Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a02.pdf>
- Espinosa, G. (2007). Lumbalgia o dolor de espalda baja. En 3. Intra Med.
- Fernández, W. (2009). Lumbalgia en taxistas: identificación de factores desencadenantes. Argentina.
- García, L. (2012). Actividad laboral y su relación con la lumbalgia en el personal de enfermería del Hospital Regional Ididro Ayora de Loja.
- Garzón, D. d. (octubre de 2015). *bdigital.unal.edu.co*. Obtenido de [www.bdigital.unal.edu.co](http://www.bdigital.unal.edu.co)
- Giuliana, I. (2015). Lumbalgia en camioneros . Argentina, Mar de la Plata .
- Gobierno de España, M. d. (s.f.). Trastornos musculoesqueléticos. *Lumbalgia aguda o crónica*, 1-3.
- Hans-Ulrich Hecker, M. L. (2007). El canal de pulmón (mano tai yin). En M. L. Hans-Ulrich Hecker, *Acupuntura - Manual Moderno* (pág. 59). Stuttgart, Alemania: El Manual Moderno, S.A.de C.V.
- ICTP. (2015). Servicio de prevención y salud laboral . Madrid .
- Liemohn, W. A. (23 de 03 de 2003). *Anatomía y Biomecánica del Tronco*. Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bio/columna.pdf>
- Ocaña , J. (2007). Lumbalgia ocupacional y discapacidad laboral. UCAM - Revista de Fisioterapia.

- OMS (1978), C. I.-A. (6-12 de 09 de 1978). *Organización Mundial de la Salud*.  
Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OMS, E. m. (s.f.). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Obtenido de  
[https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_inactivity/es/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/)
- OMS., E. m. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de  
[https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_inactivity/es/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/)
- Pérez , G. (2006). Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. En *Revista Cubana Ortopedia y Traumatología* (págs. 20 - 26).
- Pérez Torres F. (1999). *Descripción de pacientes con dolor lumbar crónico en relación con el diagnóstico y actividad laboral*. Obtenido de Capítulo 26. Páginas 255 - 261: <https://svreumatologia.com/wp-content/uploads/2008/04/Cap-23-Lumbalgia.pdf>
- Revista Judicial. (2014). En <https://www.derechoecuador.com/jornada-maxima-de-trabajo>.
- Solís, J. C. (s.f.). Lumbalgia: Causas, Diagnóstico y Manejo. *Revista Médica de Costa Rica y Centro América*, 8.
- Tauben, D. J. (2003). Tratamiento médico del dolor lumbar: un enfoque sintomático. En A. J. Karen S. Rucker, *DOLOR LUMBAR* (pág. 215). Madrid: McGraw Hill.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 resporncidas 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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A, en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con C.I. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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  me acuerdo 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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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.

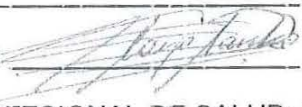
SI  NO  he leído este documento en su totalidad y SI  NO  estoy de  
acuerdo con su contenido

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

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

C. IDENTIDAD: \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258





## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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.

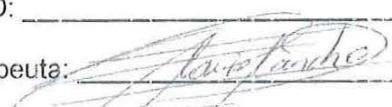
SI  NO  he leído este documento en su totalidad y SI  NO  estoy de  
acuerdo con su contenido

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

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

C. IDENTIDAD: \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, 02 de agosto de 2019

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_;  
domiciliado en \_\_\_\_\_;  
de la ciudad de \_\_\_\_\_; en calidad de  
paciente, autorizo al señor Flavio David Pancho Galarza, estudiante de sexto semestre  
del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio", quien llevara a cabo su proyecto de  
investigación previo a su trabajo de titulación cuyo tema es "Aplicación terapéutica de  
cera de abeja en lumbalgias, para conductores profesionales de 23 a 65 años, de la  
Cooperativa de taxis Transportes Sigchos S.A., en la ciudad de Quito.

SI  NO  he sido informado claramente sobre la aplicación de cera de abeja  
para a tratar problemas lumbares.

SI  NO  he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden  
presentar con esta terapia.

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

SI  NO  comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer  
circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento  
programado inicialmente.

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 terapeuta:  \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Flavio David Pancho Galarza

C. IDENTIDAD: 1714907258



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
 DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
 DIABETES

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	--------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

MADE CON DIABETES

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO  
 DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN CINTURA Y PIERNAS.

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	<input checked="" type="checkbox"/>	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Periodo doloroso severos
Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Umbral alto de dolor
Depresión	<input type="checkbox"/>	Comer de prisa	Múltiples parejas	Irradiación
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Evolución
Tabaco	<input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico	Disfunción social	Aparición de dolor

**6 SIGNOS VITALES**

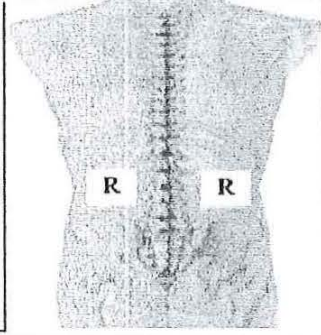
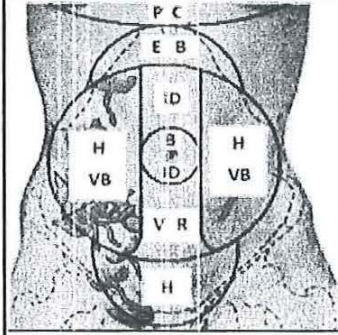
DIAS / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	110 / 70	120 / 80	115 / 70	120 / 80
PULSO / min	70 / 16	70 / 16	75 / 16	70 / 16
PESO / Kg	164,0 / 1,68	64,0 / 1,68	64,0 / 1,68	64,0 / 1,68

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias	<input checked="" type="checkbox"/>	Puntos dolorosos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
TRATAMIENTO				2	<input checked="" type="checkbox"/>
V 23		<input checked="" type="checkbox"/>		3	<input checked="" type="checkbox"/>
EX S7		<input checked="" type="checkbox"/>		4	<input checked="" type="checkbox"/>
V40		<input checked="" type="checkbox"/>		5	<input checked="" type="checkbox"/>
V60		<input checked="" type="checkbox"/>		6	<input checked="" type="checkbox"/>

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten Signature]*

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR EN ESPALDA BAJA.

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

HIPOTENSIÓN

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/> 6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
---------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	---	----------------	--------------------	------------------	----------

MADRE CON CÁNCER ÚTERO E HIPOTENSIÓN

**4 REVISIÓN DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLÓGICO S.P.

MUSCULOESQUELÉTICO

DOLOR EN REGIÓN LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN CADERAS Y PIERNAS

ENDOCRINOLÓGICO

S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTORNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad <input checked="" type="checkbox"/>	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas <input checked="" type="checkbox"/>	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar <input checked="" type="checkbox"/>	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

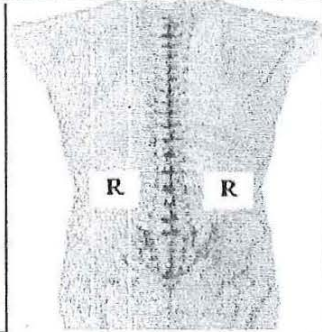
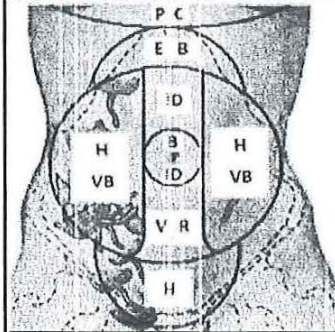
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	02/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	100 / 70	120 / 65	115 / 60	120 / 70
PULSO / min.	65 / 16	70 / 17	70 / 14	65 / 13
PESO / Kg	60,2 / 1,67	60,2 / 1,67	60,2 / 1,67	60,2 / 1,67

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

**MARCAR ZONA AFECTADA**

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias		Puntos dolorosos	X	1	X
TRATAMIENTO				2	X
V23		X		3	X
EXS7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X



FIRMA

*[Handwritten signature]*



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

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
 DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
 S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. E.F. C. VASCULAR	4. HPER TENSION	5. CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/> 6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	---	----------------	--------------------	------------------	----------

CÁNCER DE PRÓSTATA PADRE

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO

DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLETEAS Y PIERNAS.

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio <input checked="" type="checkbox"/>	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas <input checked="" type="checkbox"/>	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

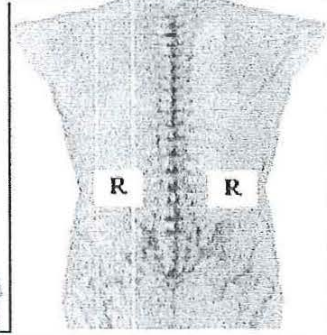
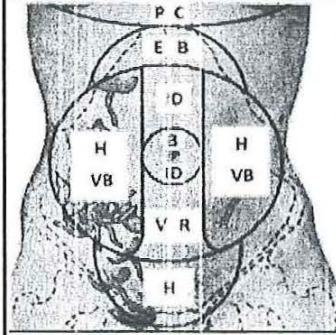
DIA / MES / AÑO	02 / 08 / 2019	07 / 08 / 2019	16 / 08 / 2019	21 / 08 / 2019
TA	120 / 80	115 / 75	120 / 80	115 / 80
PULSO / min	70 / 15	72 / 16	70 / 15	70 / 15
PESO / Kg	70,3 / 1,68	70,3 / 1,68	70,3 / 1,68	70,3 / 1,68

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias		Puntos dolorosos	✓	1	✓
TRATAMIENTO				2	✓
V 23		✓		3	✓
EX S7		✓		4	✓
V40		✓		5	✓
V60		✓		6	✓

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR EN ESPALDA BAJA.

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

COLESTEROL ALTO.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. ENF. C VASCULAR	4. HIPER TENSION	5. CANCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	--------------------	------------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

MADRE HIPERTENSION

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR	S.P.
GASTROINTESTINAL	S.P.
GENITOURINARIO	S.P.
NEUROLOGICO	S.P.
MUSCULOESQUELETICO	DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GUSTEOS Y PIERNAS.
ENDOCRINOLOGICO	S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Periodo doloros severos
Ansiedad	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución
Tabaco	Estrés al conducir en tráfico	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor

**6 SIGNOS VITALES**

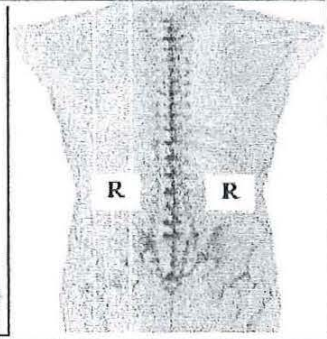
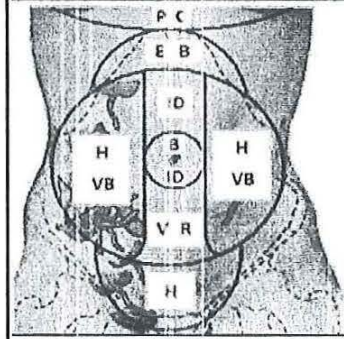
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	125 / 70	120 / 75	110 / 70	120 / 80
PULSO / min	75 / 15	75 / 15	80 / 17	70 / 15
PESO / Kg	79.4 / 1.71	79.4 / 1.71	79.4 / 1.71	79.4 / 1.71

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque; (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
TRATAMIENTO				2	<input checked="" type="checkbox"/>
V 23		<input checked="" type="checkbox"/>		3	<input checked="" type="checkbox"/>
EX S7		<input checked="" type="checkbox"/>		4	<input checked="" type="checkbox"/>
V40		<input checked="" type="checkbox"/>		5	<input checked="" type="checkbox"/>
V60		<input checked="" type="checkbox"/>		6	<input checked="" type="checkbox"/>

**MARCAR ZONA AFECTADA**



FIRMA

*[Handwritten signature]*

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
DOLOR EN ESPALDA BAJA.

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. E.H.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	-----------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

S.P.

**4 REVISIÓN DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLÓGICO S.P.

MUSCULOESQUELÉTICO  
DOLOR EN REGIÓN LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y PICOR, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN CUESTOS Y PIERNAS.

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión <input checked="" type="checkbox"/>	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar <input checked="" type="checkbox"/>	Relaciones laborales insatisfechas <input checked="" type="checkbox"/>	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

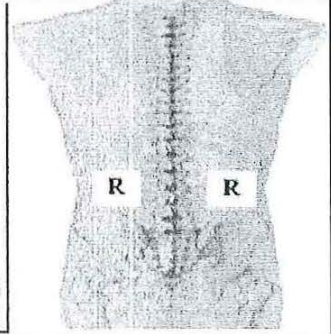
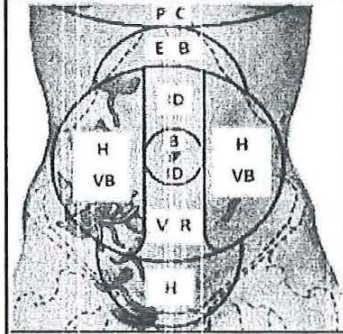
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	120 / 80	120 / 80	115 / 80	115 / 80
PULSO / min / F.RESPIRATOR	70 / 15	70 / 15	70 / 15	70 / 15
PESO / kg / TALLA / cm	77,3 / 1,69	77,3 / 1,69	77,3 / 1,69	77,3 / 1,69

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias		Puntos dolorosos	✓	1	✓
TRATAMIENTO				2	✓
V 23		✓		3	✓
EX S7		✓		4	✓
V40		✓		5	✓
V60		✓		6	✓

**MARCAR ZONA AFECTADA**



FIRMA

*[Handwritten signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR DE ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

S.P.

**4 REVISIÓN DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR	S.P.
GASTROINTESTINAL	S.P.
GENITOURINARIO	S.P.
NEUROLÓGICO	S.P.
MUSCULOESQUELÉTICO	DOLOR EN REGIÓN LUMBAR, CON AUMENTO DE TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GÁLEOS Y PIERNAS.
ENDOCRINOLÓGICO	S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (G.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTORNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución
Tabaco	Estrés al conducir en tráfico	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor

**6 SIGNOS VITALES**

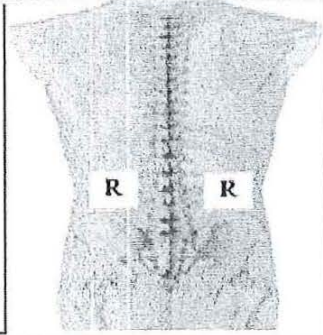
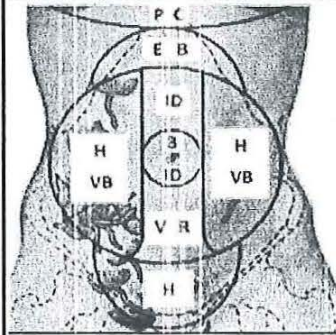
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	23/08/2019
TA	120 / 80	120 / 80	120 / 80	120 / 80
PULSO / min	73 / 16	73 / 16	73 / 16	73 / 16
PESO / Kg	85.2 / 1.74	85.2 / 1.74	85.2 / 1.74	85.2 / 1.74

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología.

INSPECCIÓN	PALPACIÓN		S E M A N A
	Manchas	Superficial	
Cicatrices	Profunda		
Estrías	Puntos dolorosos	X	1 X
TRATAMIENTO			2 X
V 23	X		3 X
EX S7	X		4 X
V40	X		5 X
V60	X		6 X

**MARCAR ZONA AFECTADA**



FIRMA



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
*DOLORE EN ESPALDOS BAJA*

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

*S.P.*

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. EIP. C. VASCULAR	4. HIPERTENSION	5. CANCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

*S.P.*

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR *S.P.*

GASTROINTESTINAL *S.P.*

GENITOURINARIO *S.P.*

NEUROLOGICO *S.P.*

MUSCULOESQUELETICO

*DOLORE EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DE TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ. DOLORE QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLETEOS Y PERNAS.*

ENDOCRINOLOGICO *S.P.*

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Periodo doloros severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

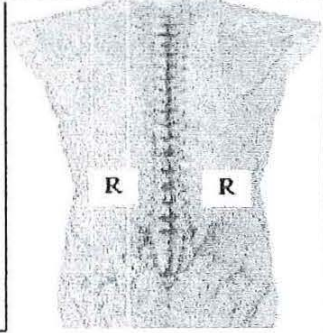
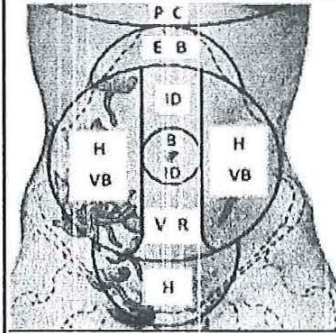
DIA / MES / AÑO	<i>02/08/2019</i>	<i>07/08/2019</i>	<i>16/08/2019</i>	<i>21/08/2019</i>
TA.	<i>120 / 80</i>	<i>120 / 80</i>	<i>120 / 80</i>	<i>116 / 70</i>
PULSO / min	<i>70 / 15</i>	<i>70 / 15</i>	<i>70 / 15</i>	<i>70 / 15</i>
PESO / Kg	<i>86,3 / 1,77</i>	<i>86,3 / 1,77</i>	<i>86,3 / 1,77</i>	<i>86,3 / 1,77</i>

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias		Puntos dolorosos	X	1	X
TRATAMIENTO				2	X
V 23		X		3	X
EX S7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X

**MARCAR ZONA AFECTADA**



FIRMA

*[Handwritten Signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLORES EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

S. P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. E.F.C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	--------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

S. P.

**4 REVISIÓN DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S. P.

GASTROINTESTINAL S. P.

GENITOURINARIO S. P.

NEUROLOGICO S. P.

MUSCULOESQUELETICO S

DOLORES EN REGIÓN LOMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GÁLEOS Y PIERNAS.

ENDOCRINOLÓGICO

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTORNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad P	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria P	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa P	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación P
Alcoholismo	Padece insomnio P	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución 3 3 3 3 P
Tabaco P	Estrés al conducir en tráfico P	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor P

**6 SIGNOS VITALES**

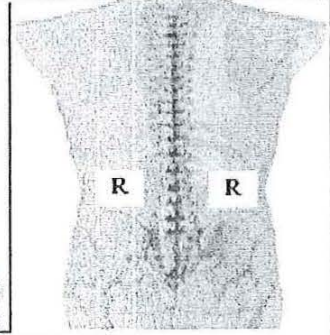
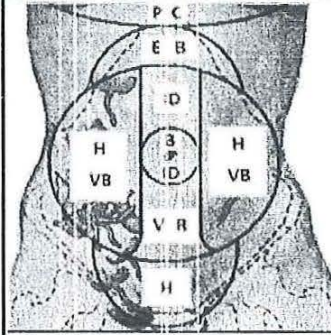
DIA / MES / AÑO	02 / 08 / 2019	07 / 08 / 2019	16 / 08 / 2019	21 / 08 / 2019
TA	120 / 80	120 / 80	120 / 80	120 / 80
PULSO / min	70 / 17	70 / 17	70 / 17	70 / 17
PESO / Kg	82,1 / 1,76	82,1 / 1,76	82,1 / 1,76	82,1 / 1,76

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias		Puntos dolorosos	X	1	X
TRATAMIENTO				2	X
V 23		X		3	X
EX S7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten Signature]*

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. E.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSION	5. CANCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECTIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

S.P.

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

**MUSCULOESQUELETICO**

DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DE TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MASCULATURA CON DOLOR EN GLETEOS Y PIERNAS.

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Periodo doloros severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio <input checked="" type="checkbox"/>	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas <input checked="" type="checkbox"/>	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

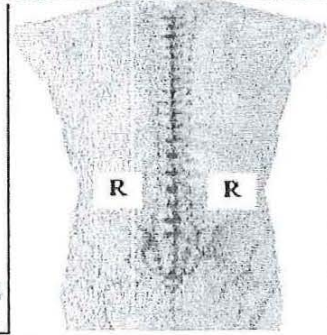
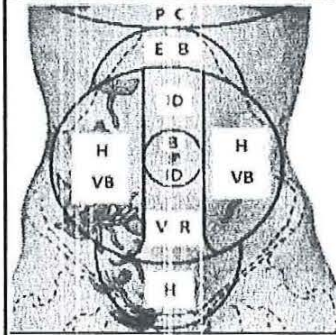
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA	110 / 70	120 / 80	120 / 80	120 / 80
PULSO / min	70 / 16	70 / 16	70 / 16	70 / 16
PESO / Kg	1,75 / 77,80	77,80 / 1,75	77,80 / 1,75	77,80 / 1,75

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias		Puntos dolorosos	R	1	X
TRATAMIENTO				2	X
V 23		R		3	X
EX S7		R		4	X
V40		R		5	X
V60		R		6	X

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten signature]*



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

ESTABLECIMIENTO		FECHA		N° HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
 DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
 S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSION	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

S.P.

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO  
 DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar X	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad P	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria P	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa P	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas P	Irradiación P
Alcoholismo	Padecer insomnio P	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución 3 3 3 3 3 X
Tabaco P	Estrés al conducir en tráfico P	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor X

**6 SIGNOS VITALES**

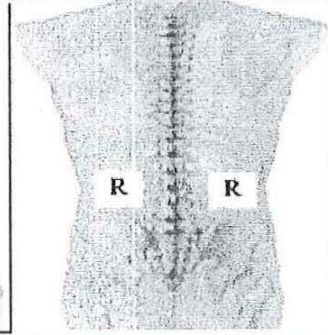
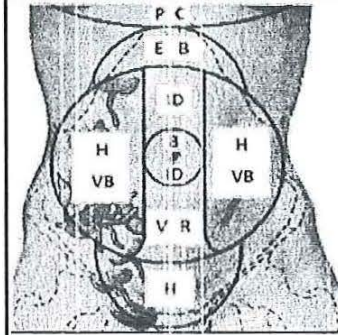
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA	120 / 80	115 / 70	120 / 80	120 / 80
PULSO / min	70 / 15	70 / 16	70 / 16	70 / 16
PESO / Kg	61.5 / 1.65	61.5 / 1.65	61.5 / 1.65	61.5 / 1.65

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	X	1	X
TRATAMIENTO				2	X
V 23		X		3	X
EX S7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR	TELEFONO		

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

S. P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. E.I.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	-----------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

S. P.

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S. P.

GASTROINTESTINAL S. P.

GENITOURINARIO S. P.

NEUROLOGICO S. P.

**MUSCULOESQUELETICO**

DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DE TONO MUSCULAR y RIGIDEZ, POCO QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN CINTAS Y PIERNAS.

**ENDOCRINOLOGICO**

S. P.

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Periodo doloros severos
Ansiedad	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución
Tabaco	Estrés al conducir en tráfico	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor

**6 SIGNOS VITALES**

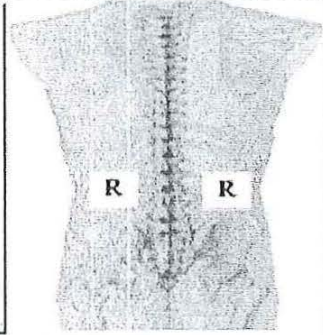
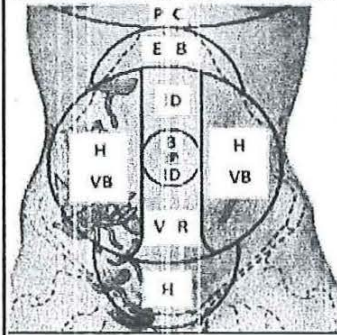
DIA / MES / AÑO	02 / 08 / 2019	07 / 08 / 2019	16 / 08 / 2019	21 / 08 / 2019
TA.	115 / 70	120 / 80	120 / 80	120 / 80
PULSO / min	16 / 71	71 / 15	70 / 15	70 / 15
PESO / Kg	81.0 / 1.73	81.0 / 1.73	81.0 / 1.73	81.0 / 1.73

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
TRATAMIENTO				2	<input checked="" type="checkbox"/>
V 23		<input checked="" type="checkbox"/>		3	<input checked="" type="checkbox"/>
EX S7		<input checked="" type="checkbox"/>		4	<input checked="" type="checkbox"/>
V40		<input checked="" type="checkbox"/>		5	<input checked="" type="checkbox"/>
V60		<input checked="" type="checkbox"/>		6	<input checked="" type="checkbox"/>

**MARCAR ZONA AFECTADA**



FIRMA

*[Handwritten signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. E.H.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MALFORMACION	10. OTRO
----------------	-------------	-----------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	-----------------	----------

PADRE CON DIABETES

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

**MUSCULOESQUELETICO**

DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLETTOS Y PIERNAS.

**ENDOCRINOLOGICO**

S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloros severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas <input checked="" type="checkbox"/>	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo <input checked="" type="checkbox"/>	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

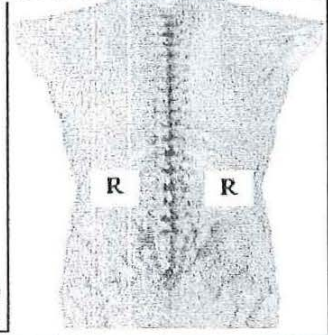
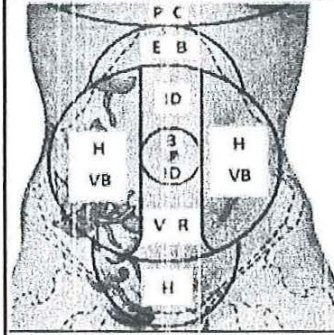
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	02/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA	120 / 80	120 / 80	115 / 70	120 / 80
PULSO / min	70 / 15	70 / 15	70 / 15	70 / 15
PESO / Kg	94,0 / 1,76	94,0 / 1,76	94,0 / 1,76	94,0 / 1,76

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A
Manchas		Superficial		
Cicatrices		Profunda		
Estrías		Puntos dolorosos	X	1 X
TRATAMIENTO				2 X
V 23		X		3 X
EX S7		X		4 X
V40		X		5 X
V60		X		6 X

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten signature]*

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPIÓ**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLINICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
 DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLINICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTETRICOS  
 S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATA	2. DIABETES	3. E.F. G. VASCULAR	4. HIPERTENSION	5. CANCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. E.F. INFECCIOSA	9. MAL FORMACION	10. OTRO
---------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

S.P.

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO  
 DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDIZ, POLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN CINTURA Y PIERNAS.

ENDOCRINOLOGICO

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas <input checked="" type="checkbox"/>	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

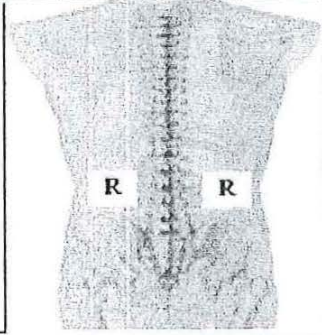
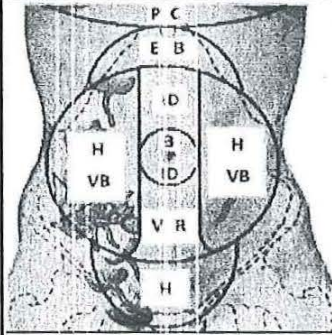
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	02/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	120 / 80	120 / 80	120 / 80	120 / 70
PULSO / min	70 / 15	70 / 15	70 / 15	70 / 15
PESO / Kg	82.1 / 1.68	82.1 / 1.68	82.1 / 1.68	82.1 / 1.68

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias		Puntos dolorosos	X	1	X
TRATAMIENTO				2	X
V23		X		3	X
EX S7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X

**MARCAR ZONA AFECTADA**



FIRMA



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR	TELEFONO		

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. E.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSION <input checked="" type="checkbox"/>	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	---	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

HIPERTENSION PADRE

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO  
DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLUTEOS Y PISNAR.

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTORNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Periodo doloroso severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión <input checked="" type="checkbox"/>	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas <input checked="" type="checkbox"/>	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas <input checked="" type="checkbox"/>	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

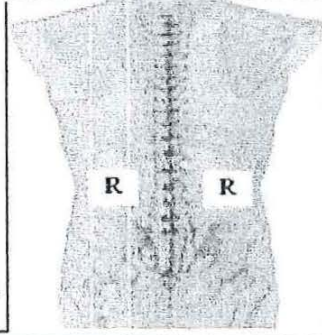
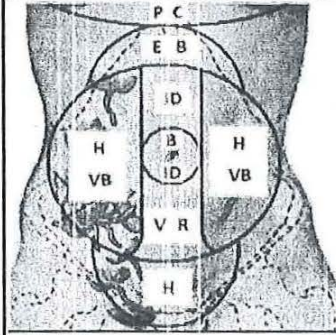
DIA / MES / AÑO	07/08/2019	16/08/2019	23/08/2019	28/08/2019
TA	140 / 90	135 / 90	145 / 85	125 / 80
PULSO / min	70 / 15	80 / 17	65 / 18	60 / 15
PESO / Kg	74,8 / 1,70	74,8 / 1,70	74,8 / 1,70	74,8 / 1,70

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	X	1	X
TRATAMIENTO				2	X
V 23		X		3	X
EX S7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X

**MARCAR ZONA AFECTADA**



FIRMA

*[Handwritten signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR	TELEFONO		

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
DOLOR EN ESPALDO BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

**4 REVISIÓN DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO  
DOLOR EN REGIÓN LUMBAR, CON AUMENTO DE TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLETEOS Y PIERNAS.

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTORNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad <input checked="" type="checkbox"/>	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas <input checked="" type="checkbox"/>	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

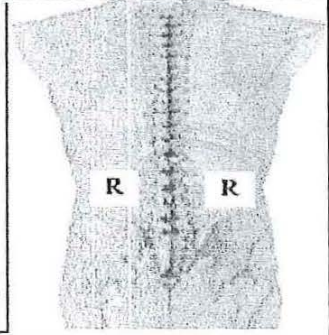
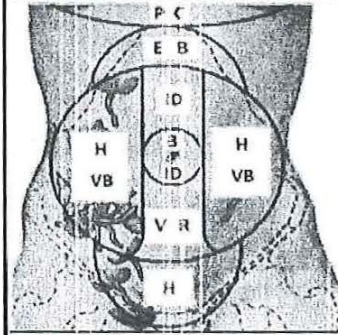
DIÁ / MES / AÑO	02 / 08 / 2019	07 / 08 / 2019	16 / 08 / 2019	21 / 08 / 2019
TA.	115 / 65	120 / 80	120 / 80	120 / 80
PULSO / min	72 / 16	72 / 16	72 / 16	72 / 16
F.RESPIRATOR				
PESO / Kg	69,4 / 1,65	69,4 / 1,65	69,4 / 1,65	69,4 / 1,65
TALLA / cm				

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	Y	1	X
TRATAMIENTO				2	X
V 23		X		3	X
EX S7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten Signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
 DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
 S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. E.F.C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	--------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

CÁNCER SENO

**4 REVISIÓN DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO  
 DOLOR EN REGIÓN LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLUTEOS Y PIERNAS

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período dolores severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio <input checked="" type="checkbox"/>	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas <input checked="" type="checkbox"/>	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

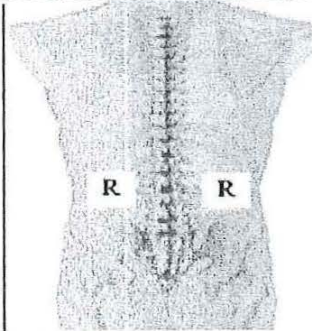
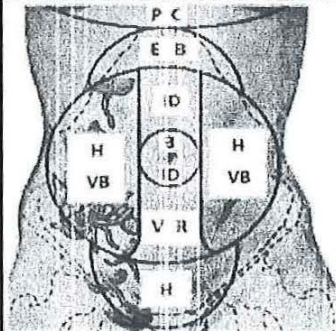
DIA / MES / AÑO	02 / 08 / 2019	07 / 08 / 2019	16 / 08 / 2019	21 / 08 / 2019
TA.	115 / 70	115 / 70	115 / 80	120 / 80
PULSO / min / F.RESPIRATOR	75 / 15	75 / 15	75 / 15	75 / 15
PESO / Kg / TALLA / cm	67 / 1,65	67 / 1,65	67 / 1,67	67 / 1,67

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias		Puntos dolorosos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
TRATAMIENTO				2	<input checked="" type="checkbox"/>
V 23		<input checked="" type="checkbox"/>		3	<input checked="" type="checkbox"/>
EX S7		<input checked="" type="checkbox"/>		4	<input checked="" type="checkbox"/>
V40		<input checked="" type="checkbox"/>		5	<input checked="" type="checkbox"/>
V60		<input checked="" type="checkbox"/>		6	<input checked="" type="checkbox"/>

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten Signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
 DOLOR EN ESPALDA BATA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
 S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. E.N.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	-----------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

S.P.

**4 REVISIÓN DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLÓGICO S.P.

MUSCULOESQUELÉTICO  
 DOLOR EN REGIÓN LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLÚTEO Y PIERNAS

ENDOCRINOLÓGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas <input checked="" type="checkbox"/>	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

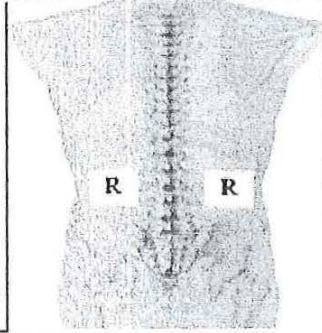
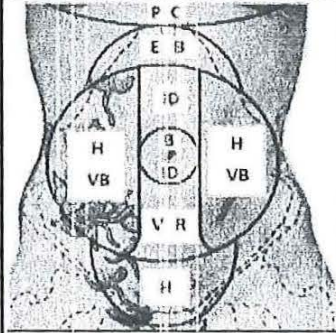
DÍA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
T.A.	130 / 80	130 / 80	120 / 75	120 / 80
PULSO / min	70 / 15	70 / 15	70 / 15	70 / 15
PESO / Kg	69.5 / 1.70	69.5 / 1.70	69.5 / 1.70	69.5 / 1.70

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A
Manchas		Superficial		
Cicatrices		Profunda		
Estrias		Puntos dolorosos	X	1 X
TRATAMIENTO				2 X
V 23		X		3 X
EX S7		X		4 X
V40		X		5 X
V60		X		6 X

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten Signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

S.P.

AGO

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

DIABETES (MADRE)

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

**MUSCULOESQUELETICO**

DOLOR EN REGIÓN LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN CODOYOS Y PIERNAS

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTORNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio <input checked="" type="checkbox"/>	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión <input checked="" type="checkbox"/>	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo <input checked="" type="checkbox"/>	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

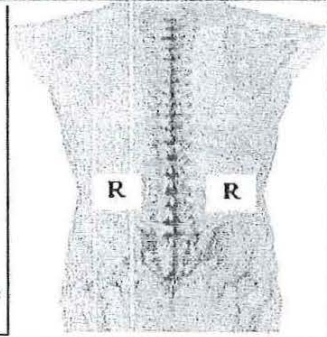
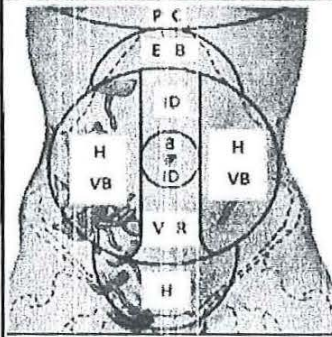
DIA / MES / AÑO	02 / 08 / 2019	07 / 08 / 2019	16 / 08 / 2019	21 / 08 / 2019
TA.	115 / 70	115 / 70	120 / 80	120 / 80
PULSO / min	80 / 15	80 / 15	80 / 15	80 / 15
PESO / Kg	74.0 / 1.75	74.0 / 1.75	74.0 / 1.75	74.0 / 1.75

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A
Manchas		Superficial		
Cicatrices		Profunda		
Estrías		Puntos dolorosos	X	1 X
TRATAMIENTO				2 X
V23		X		3 X
EX S7		X		4 X
V40		X		5 X
V60		X		6 X

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLINICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. E.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

S.P.

**4 REVISIÓN DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLÓGICO S.A.

MUSCULOESQUELÉTICO  
DOLOR EN REGIÓN LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA ALD PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN CÚTEROS Y PIERNAS.

ENDOCRINOLÓGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTORNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloros severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas <input checked="" type="checkbox"/>	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

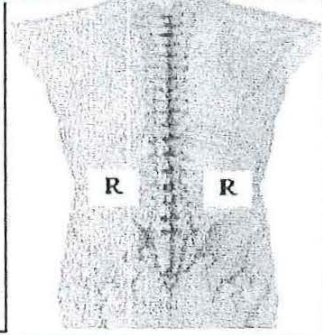
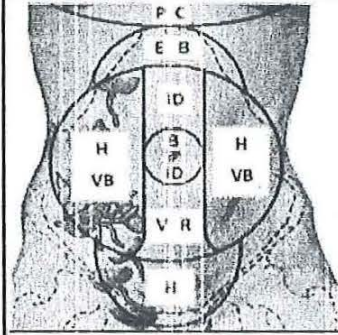
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	110 / 80	110 / 80	110 / 80	110 / 80
PULSO / min	70 / 16	70 / 16	70 / 16	70 / 16
PESO / Kg	73.8 / 1.72	73.8 / 1.72	73.8 / 1.72	73.8 / 1.72

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
TRATAMIENTO				2	<input checked="" type="checkbox"/>
V 23		<input checked="" type="checkbox"/>		3	<input checked="" type="checkbox"/>
EX S7		<input checked="" type="checkbox"/>		4	<input checked="" type="checkbox"/>
V40		<input checked="" type="checkbox"/>		5	<input checked="" type="checkbox"/>
V60		<input checked="" type="checkbox"/>		6	<input checked="" type="checkbox"/>

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. E.H.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	-----------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

HIPERTENSIÓN PADRE

**4 REVISIÓN DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLÓGICO S.P.

MUSCULOESQUELÉTICO  
DOLOR EN REGIÓN LOMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLÚTEOS Y PIERNAS

ENDOCRINOLÓGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Márcate: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio <input checked="" type="checkbox"/>	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas <input checked="" type="checkbox"/>	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

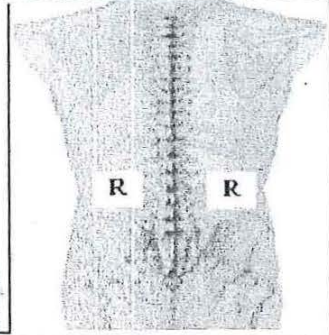
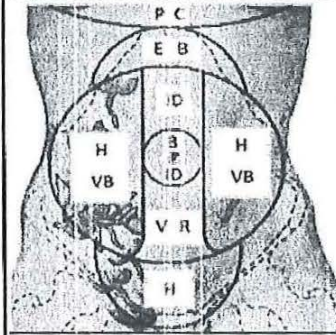
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	120 / 70	120 / 70	120 / 70	120 / 70
PULSO / min	70 / 15	70 / 15	70 / 15	70 / 15
PESO / Kg	77 / 1,74	77 / 1,74	77 / 1,74	77 / 1,74

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	Y	1	Y
TRATAMIENTO				2	Y
V 23		Y		3	Y
EX S7		Y		4	Y
V40		Y		5	Y
V60		Y		6	Y

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
 DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
 S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

S.P.

**4 REVISIÓN DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO  
 DOLOR EN REGIÓN LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLETOES Y PIERNAS.

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloros severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas <input checked="" type="checkbox"/>	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

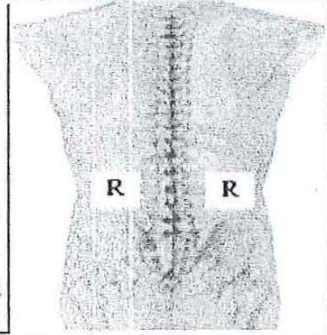
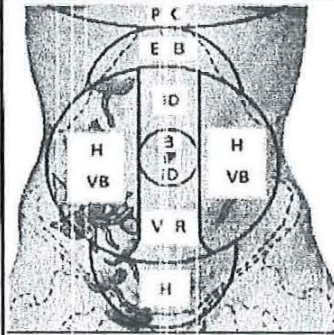
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	120 / 80	120 / 80	120 / 80	120 / 80
PULSO / min / F.RESPIRATOR	80 / 15	80 / 15	80 / 15	80 / 15
PESO / Kg / TALLA / cm	72.5 / 1.76	72.5 / 1.76	72.5 / 1.76	72.5 / 1.76

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	X	1	X
TRATAMIENTO				2	X
V 23		X		3	X
EX S7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR	TELEFONO		

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
 DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
 S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

CÁNCER HIGADO

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO  
 DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GUSTEOS Y PIERNAS

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Periodo doloros severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas <input checked="" type="checkbox"/>	Relaciones laborales insatisfechas <input checked="" type="checkbox"/>	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

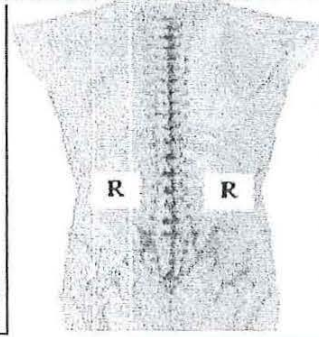
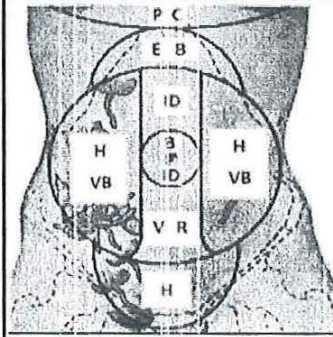
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	22/08/2019
TA.	125 / 70	125 / 70	125 / 70	125 / 70
PULSO / min	70 / 16	70 / 16	70 / 16	70 / 16
PESO / Kg	71 / 1,72	71 / 1,72	71 / 1,72	71 / 1,72

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias		Puntos dolorosos	X	1	X
TRATAMIENTO				2	X
V23		X		3	X
EX S7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X

**MARCAR ZONA AFECTADA**



FIRMA

*[Handwritten Signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR EN ESPALDO BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

S.P.

AGO

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HPER TENSION	5. CANCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. AFECTIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	-------------------	------------------	----------

EPILEPSIA

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

**MUSCULOESQUELETICO**

DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLUTEOS Y PIERNAS

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria <input checked="" type="checkbox"/>	Umbral alto de dolor
Depresión <input checked="" type="checkbox"/>	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas <input checked="" type="checkbox"/>	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar <input checked="" type="checkbox"/>	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

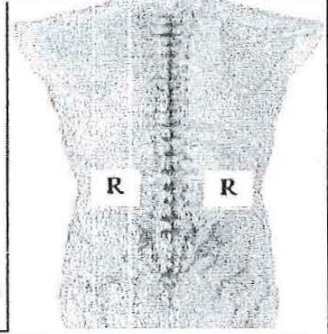
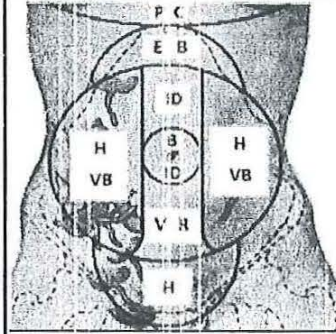
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	120 / 75	120 / 75	120 / 75	120 / 75
PULSO / min / F.RESPIRATOR	65 / 15	65 / 15	65 / 15	65 / 15
PESO / Kg / TALLA / cm	70,5 / 1,71	70,5 / 1,71	70,5 / 1,71	70,5 / 1,71

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
TRATAMIENTO				2	<input checked="" type="checkbox"/>
V 23		<input checked="" type="checkbox"/>		3	<input checked="" type="checkbox"/>
EX S7		<input checked="" type="checkbox"/>		4	<input checked="" type="checkbox"/>
V40		<input checked="" type="checkbox"/>		5	<input checked="" type="checkbox"/>
V60		<input checked="" type="checkbox"/>		6	<input checked="" type="checkbox"/>

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. E.I.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	-----------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

LUPUS

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO

DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN CINTURON Y PIERNAS

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTORNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación
Alcoholismo	Padece insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución
Tabaco	Estrés al conducir en tráfico	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor

**6 SIGNOS VITALES**

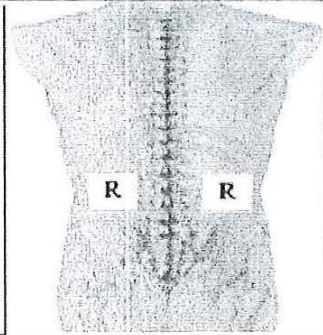
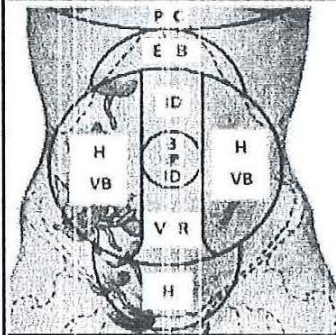
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	120 / 80	120 / 80	120 / 80	120 / 80
PULSO / min	70 / 15	70 / 15	70 / 15	70 / 15
PESO / Kg	67 / 1,68	67 / 1,68	67 / 1,68	67 / 1,68

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
TRATAMIENTO				2	<input checked="" type="checkbox"/>
V 23		<input checked="" type="checkbox"/>		3	<input checked="" type="checkbox"/>
EX S7		<input checked="" type="checkbox"/>		4	<input checked="" type="checkbox"/>
V40		<input checked="" type="checkbox"/>		5	<input checked="" type="checkbox"/>
V60		<input checked="" type="checkbox"/>		6	<input checked="" type="checkbox"/>

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S. J. ...'.



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. E.I.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. ALCOHÓLICA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	-----------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

HIPERTIROIDISMO

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR	S.P.
GASTROINTESTINAL	S.P.
GENITOURINARIO	S.P.
NEUROLOGICO	S.P.
MUSCULOESQUELETICO	DOLOR EN REGION LOMBAR, CON AUMENTO DE TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR DE GEMELOS Y PIERNAS.
ENDOCRINOLOGICO	S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloros severos
Ansiedad	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución
Tabaco	Estrés al conducir en tráfico	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor

**6 SIGNOS VITALES**

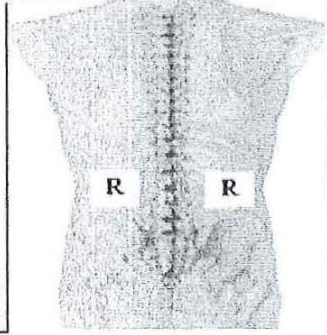
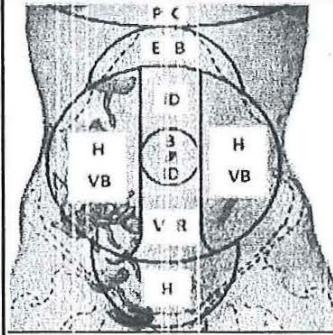
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	130 / 80	130 / 80	130 / 80	130 / 80
PULSO / min	80 / 17	80 / 17	80 / 17	80 / 17
PESO / Kg	71 / 1,71	71 / 1,71	71 / 1,71	71 / 1,71

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias		Puntos dolorosos	X	1	X
TRATAMIENTO				2	X
V 23		X		3	X
EX S7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X

**MARCAR ZONA AFECTADA**



FIRMA

*[Handwritten signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
 DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
 S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. E.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

HIPIERTENSIÓN MADRE

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO  
 DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTAR A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GUSATEOS Y PIERNAS.

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad <input checked="" type="checkbox"/>	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación <input checked="" type="checkbox"/>
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar <input checked="" type="checkbox"/>	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

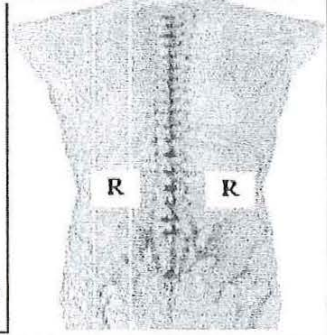
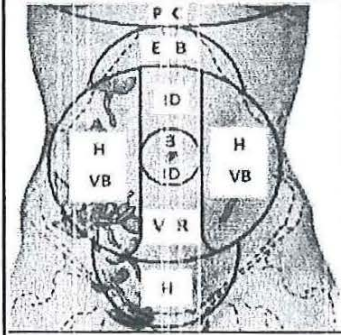
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	120 / 70	120 / 70	120 / 70	120 / 70
PULSO / min	70 / 15	70 / 15	70 / 15	70 / 15
PESO / Kg	68,5 / 1,68	63,5 / 1,68	68,5 / 1,68	68,5 / 1,68

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias		Puntos dolorosos	X	1	X
TRATAMIENTO				2	
V 23		X		3	X
EX S7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten signature]*

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR	TELEFONO		

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR EN ESPALDA BAJA.

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

DOLOR HIPOCONDRIACO DERECHO.

AGO

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. E.N.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	-----------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

DIABETES

**4 REVISIÓN DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR	S.P.
GASTROINTESTINAL	S.P.
GENITOURINARIO	S.P.
NEUROLÓGICO	S.P.
MUSCULOESQUELÉTICO	
ENDOCRINOLÓGICO	S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTORNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	<input checked="" type="checkbox"/> Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severo
Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/> Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa	<input checked="" type="checkbox"/> Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución
Tabaco	<input checked="" type="checkbox"/> Estrés al conducir en tráfico	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor

**6 SIGNOS VITALES**

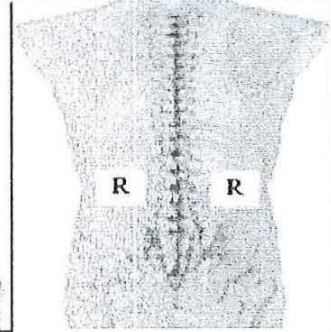
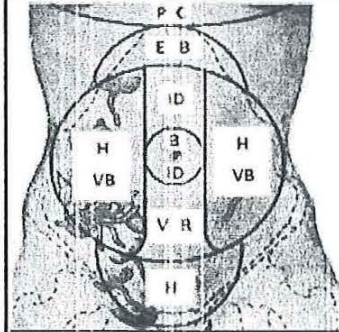
DÍA / MES / AÑO	02/08/2017	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	125 / 80	125 / 80	125 / 80	125 / 80
PULSO / min	80 / 16	80 / 16	80 / 16	80 / 16
PESO / Kg	81.5 / 1.80	81.5 / 1.80	81.5 / 1.80	81.5 / 1.80

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
TRATAMIENTO				2	<input checked="" type="checkbox"/>
V 23		<input checked="" type="checkbox"/>		3	<input checked="" type="checkbox"/>
EX S7		<input checked="" type="checkbox"/>		4	<input checked="" type="checkbox"/>
V40		<input checked="" type="checkbox"/>		5	<input checked="" type="checkbox"/>
V60		<input checked="" type="checkbox"/>		6	<input checked="" type="checkbox"/>

**MARCAR ZONA AFECTADA**



FIRMA

*[Handwritten signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR	TELEFONO		

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. E.F. C. VASCULAR	4. H.PER TENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECIOSA	9. MALFORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	------------------	-----------	-----------------	----------------	-------------------	-----------------	----------

DIABETES PADRE

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR	S.P.
GASTROINTESTINAL	S.P.
GENITOURINARIO	S.P.
NEUROLOGICO	S.P.
MUSCULOESQUELETICO	DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLUTEOS Y PIERNAS.
ENDOCRINOLOGICO	S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTORNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución
Tabaco	Estrés al conducir en tráfico	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor

**6 SIGNOS VITALES**

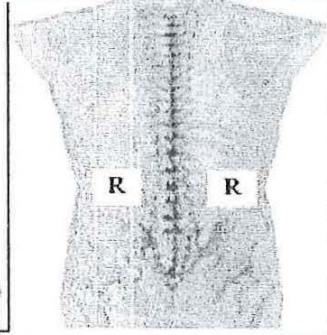
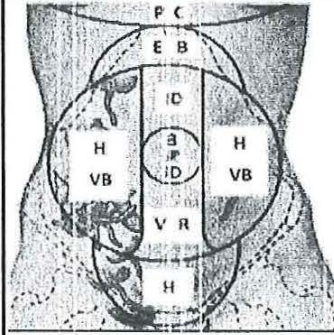
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	110 / 70	110 / 70	110 / 70	110 / 70
PULSO / min	70 / 15	70 / 15	70 / 15	70 / 15
PESO / Kg	76,5 / 1,75	76,5 / 76,5	76,5 / 1,75	76,5 / 1,75

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A
Manchas		Superficial		
Cicatrices		Profunda		
Estrias		Puntos dolorosos	✓	1 X
TRATAMIENTO				2 ✓
V 23		✓		3 ✓
EX S7		✓		4 X
V40		✓		5 X
V60		X		6 X

**MARCAR ZONA AFECTADA**



FIRMA



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

S.P.

AGO

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. E.I.F. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. AFECTIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	-----------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	-------------------	------------------	----------

HIPOTIROIDISMO PADRE

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

**MUSCULOESQUELETICO**

DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLUTEOS Y PIERNAS.

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución
Tabaco	Estrés al conducir en tráfico	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor

**6 SIGNOS VITALES**

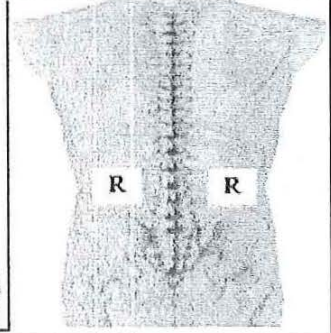
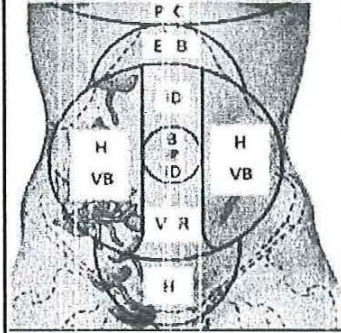
DIA / MES / AÑO	TA	PULSO / min	F.RESPIRATOR	PESO / Kg	TALLA / cm
02/08/2019	115 / 75	70 / 15		72 / 1,74	
07/08/2019	115 / 75	70 / 15		72 / 1,74	
16/08/2019	115 / 75	70 / 15		72 / 1,74	
21/08/2019	120 / 80	70 / 15		72 / 1,74	

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrias		Puntos dolorosos		1	X
TRATAMIENTO				2	X
V23		X		3	X
EX S7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten signature]*



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

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
 DOLOR EN ESPALDA BAJA

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
 S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. ENF. C VASCULAR	4. HIPERTENSION	5. CANCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACION	10. OTRO
----------------	-------------	--------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

METASTASIS AL HIGADO PADRE

**4 REVISION DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO

DOLOR EN REGION LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACION DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLUTEOS Y PIERNAS.

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patologia (C.P.) Con Evidencia de Patologia

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTERNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad	Historia psiquiátrica	Divorcio	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación
Alcoholismo	Padecer insomnio	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución
Tabaco	Estrés al conducir en tráfico	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor

**6 SIGNOS VITALES**

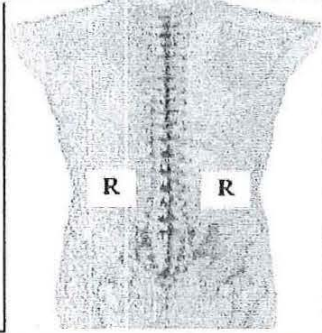
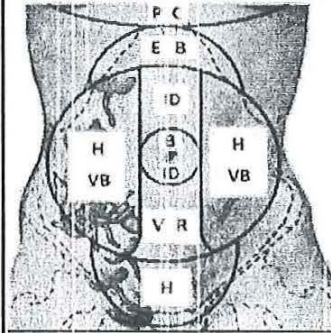
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	120 / 70	120 / 70	120 / 70	120 / 70
PULSO / min	65 / 15	65 / 15	70 / 15	70 / 16
PESO / Kg	74 / 1,77	74 / 1,72	74 / 1,72	74 / 1,72

8 PLANES DE TRATAMIENTO

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	X	1	X
TRATAMIENTO				2	X
V 23		X		3	X
EX S7		X		4	X
V40		X		5	X
V60		X		6	X

MARCAR ZONA AFECTADA



FIRMA

*[Handwritten Signature]*



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
DOLOR EN ESPALDA BAJA.

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
S.P.

**AGO**

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. DEF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

DIABETES (PADRE)

**4 REVISIÓN DE SISTEMAS**

CARDIOPULMONAR S.P.

GASTROINTESTINAL S.P.

GENITOURINARIO S.P.

NEUROLOGICO S.P.

MUSCULOESQUELETICO  
DOLOR EN REGIÓN LUMBAR, CON AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y RIGIDEZ, DOLOR QUE AUMENTA A LA PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA CON DOLOR EN GLUTEOS Y PIERNAS.

ENDOCRINOLOGICO S.P.

**5 FACTORES DE RIESGO** Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

FACTORES	PSICOSOCIALES	ENTORNO FAMILIAR	ENTORNO LABORAL	DOLOR RECURRENTE
Agresividad	Drogadicción	Historia de depresión familiar	Ergonomía del área de trabajo satisfactoria	Período doloroso severos
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Historia psiquiátrica	Divorcio <input checked="" type="checkbox"/>	Ergonomía del área de trabajo poco satisfactoria	Umbral alto de dolor
Depresión	Comer de prisa <input checked="" type="checkbox"/>	Múltiples parejas	Relaciones laborales insatisfechas	Irradiación
Alcoholismo	Padecer insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción familiar	Relaciones laborales insatisfechas	Evolución <input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco <input checked="" type="checkbox"/>	Estrés al conducir en tráfico <input checked="" type="checkbox"/>	Disfunción social	Ausentismo	Aparición de dolor <input checked="" type="checkbox"/>

**6 SIGNOS VITALES**

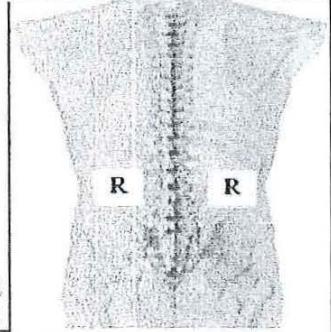
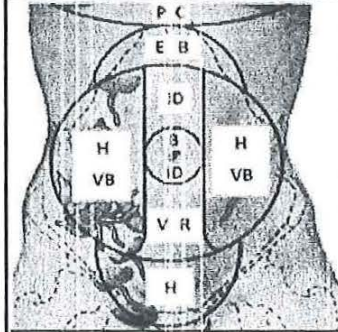
DIA / MES / AÑO	02/08/2019	07/08/2019	16/08/2019	21/08/2019
TA.	120 / 80	120 / 80	120 / 80	120 / 80
PULSO / min	70 / 15	70 / 15	70 / 15	80 / 15
PESO / Kg	80 / 1,78	80 / 1,78	80 / 1,78	80 / 1,78

**8 PLANES DE TRATAMIENTO**

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología

INSPECCIÓN		PALPACIÓN		S E M A N A	
Manchas		Superficial			
Cicatrices		Profunda			
Estrías		Puntos dolorosos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
TRATAMIENTO				2	<input checked="" type="checkbox"/>
V 23		<input checked="" type="checkbox"/>		3	<input checked="" type="checkbox"/>
EX S7		<input checked="" type="checkbox"/>		4	<input checked="" type="checkbox"/>
V40		<input checked="" type="checkbox"/>		5	<input checked="" type="checkbox"/>
V60		<input checked="" type="checkbox"/>		6	<input checked="" type="checkbox"/>

**MARCAR ZONA AFECTADA**



FIRMA

*[Handwritten signature]*

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (X)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor				Insoponible						

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		X

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

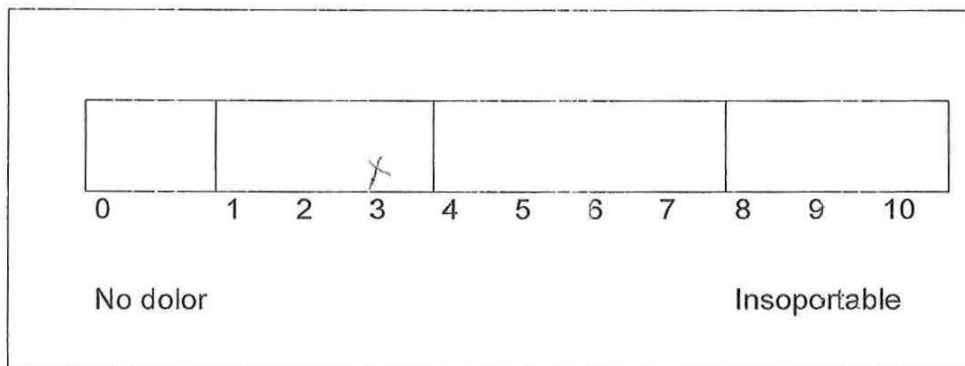
Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (X)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.



4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		X

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) **¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?**

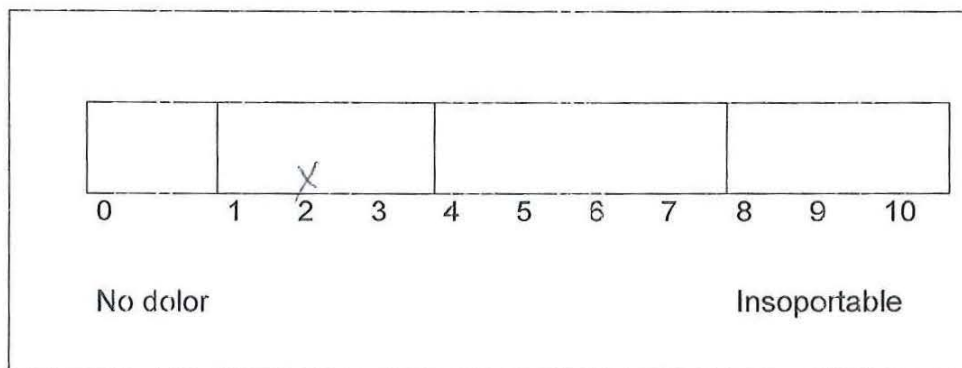
Si (X) No ( )

2) **El dolor que presenta es:**

Solo en la región baja de la espalda (X)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) **Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.**



4) **¿Hace que tiempo presenta esta molestia?**

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		X

5) **¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?**

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
		X	

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si () No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda ()

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No dolor			<input checked="" type="checkbox"/>						Insoportable		

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		<input checked="" type="checkbox"/>

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			<input checked="" type="checkbox"/>

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

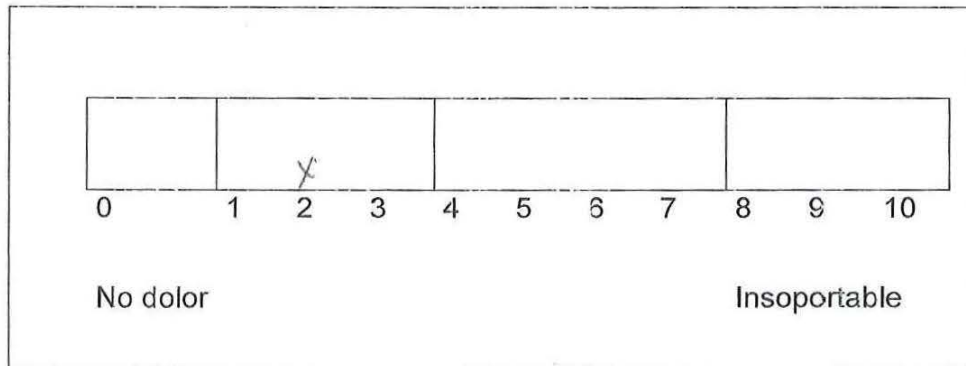
Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (X)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.



4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		X

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
		X	

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

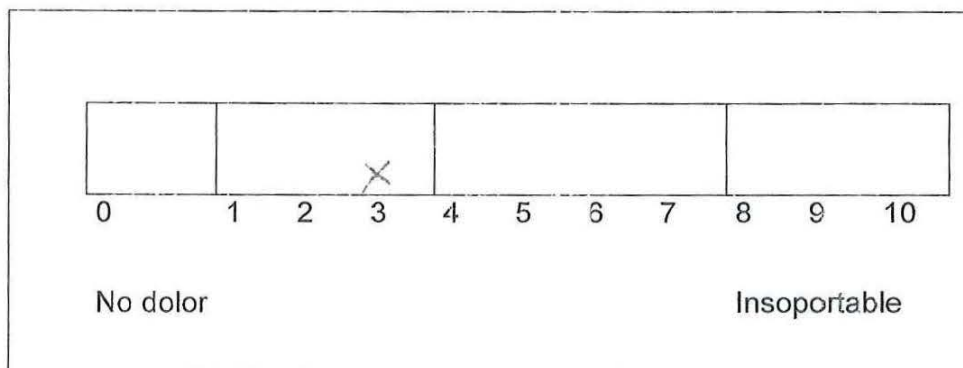
Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (X)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.



4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		X

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (X)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor									Insoponible	

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
	X	

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

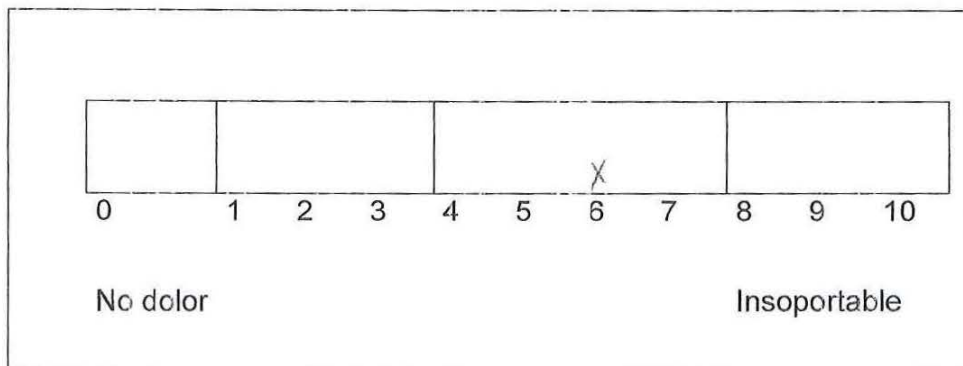
Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda ( )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (X)

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.



4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
	X	

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
<input checked="" type="checkbox"/>			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apranax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
		<input checked="" type="checkbox"/>	

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		<input checked="" type="checkbox"/>

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	<input checked="" type="checkbox"/>	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
<input checked="" type="checkbox"/>		

Agradezco su colaboración... ..

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda ( )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (X)

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No dolor								Insoportable			

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
	X	

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (X)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor					Insoporable					

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
	(X)	

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			(X)

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
		X	

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración... ..

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (X)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

				X						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor					Insoportable					

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
	X	

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
Y			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
Y		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda ( )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (X)

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No dolor								Insoportable			

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		X

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (  ) No (  )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (  )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (  )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor								Insoportable		

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		<input checked="" type="checkbox"/>

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			<input checked="" type="checkbox"/>

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apranax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (✓) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda ( )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (✓)

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No dolor						✓	Insoportable				

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		✓

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			✓

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
<input checked="" type="checkbox"/>			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apranax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
		<input checked="" type="checkbox"/>	

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤ 6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		<input checked="" type="checkbox"/>

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	<input checked="" type="checkbox"/>	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
<input checked="" type="checkbox"/>		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda ( )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (X)

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No dolor							X	Insoporable			

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		X

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
		X	

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
		X

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (  ) No (  )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (  )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (  )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor									Insoportable	

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		<input checked="" type="checkbox"/>

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			<input checked="" type="checkbox"/>

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apranax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤ 6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (✓) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (✓)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor					Insoportable					

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		✓

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			✓

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apranax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (X)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No dolor								Insoportable			

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		X

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
		X	

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración... ..

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (✓) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda ( )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (✓)

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No dolor								Insoporable			

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		✓

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			✓

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
✗			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			✗

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		✗

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	✗	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
✗		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (x) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (x)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor						Insoporable				

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		x

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			x

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
		✓	

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
		✓	

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤ 6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		✓

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	✓	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
✓		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (  ) No (  )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (  )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (  )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor					Insoporable					

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		<input checked="" type="checkbox"/>

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			<input checked="" type="checkbox"/>

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
	X		

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apranax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
		X	

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (  ) No (  )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (  )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (  )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor						Insoportable				

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		<input checked="" type="checkbox"/>

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			<input checked="" type="checkbox"/>

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
	P		

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		P

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	P	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
P		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

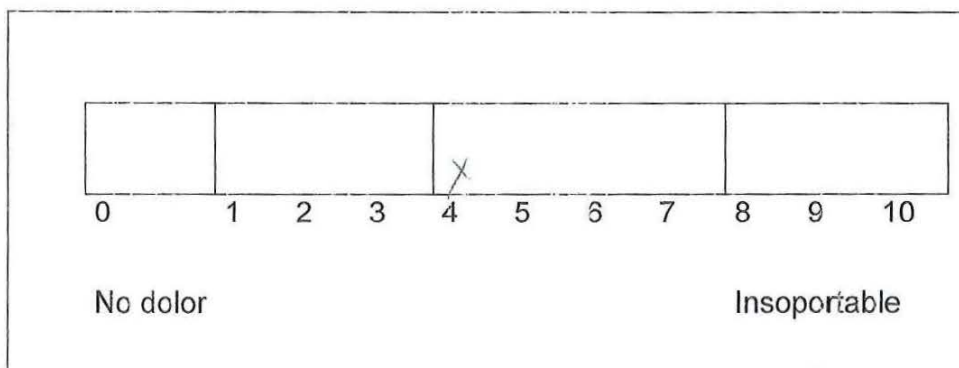
Si (✓) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (✓)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.



4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
	✓	

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			✓

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
P			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
		P	

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤ 6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		P

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	P	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
P		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (✓) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda ( )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (✓)

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No dolor							✗	Insoportable			

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		✓

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			✓

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤ 6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (✓) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (✓)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor					Insoponible					

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		✓

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			✓

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (X)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No dolor						X	Insoportable				

4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		X

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤ 6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

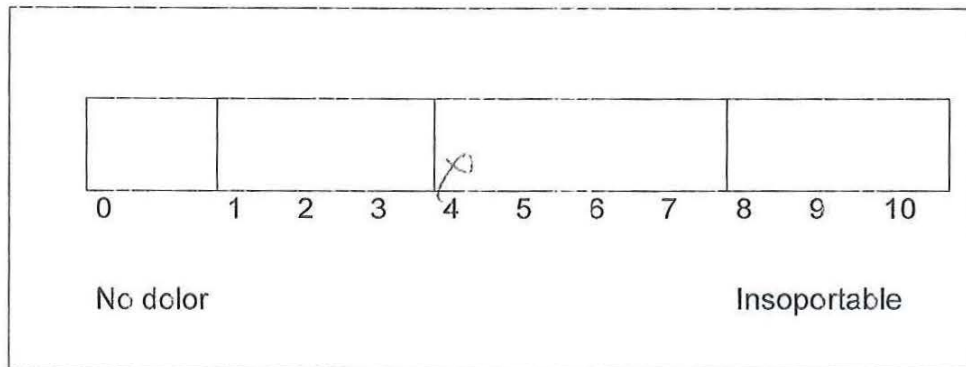
Si (X) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (X)

El dolor se irradia hacia el miembro inferior ( )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.



4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		X

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			X

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
	X	

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

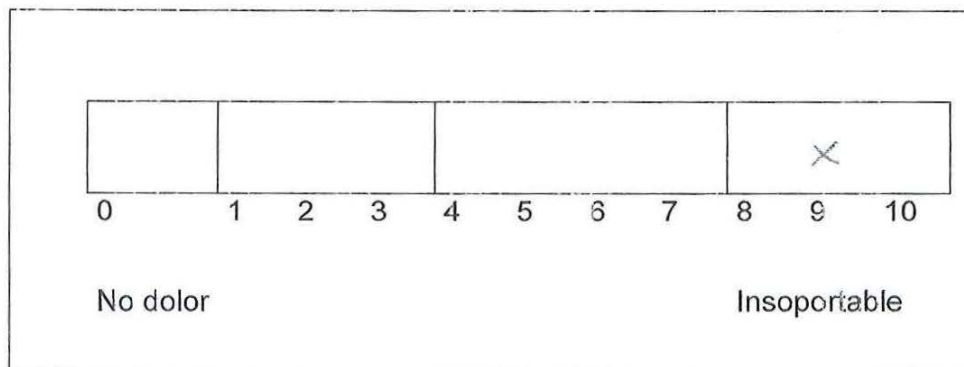
Si (✓) No ( )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda ( )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (✓)

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.



4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		✓

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			✓

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
		X

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) ¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?

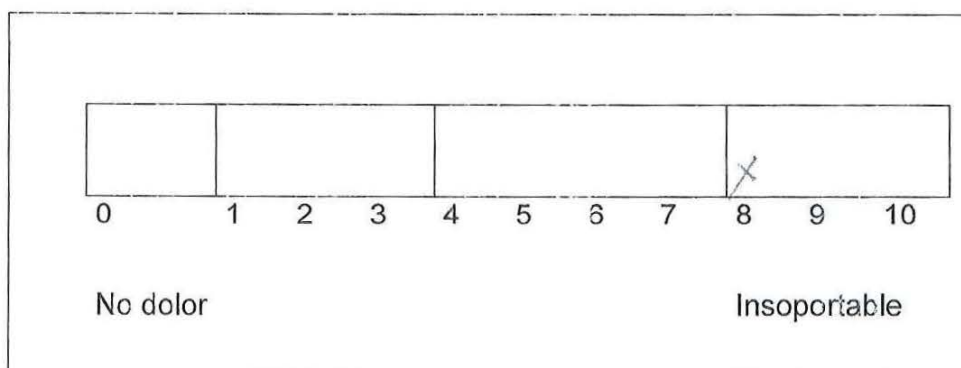
Si (  ) No (  )

2) El dolor que presenta es:

Solo en la región baja de la espalda (  )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (  )

3) Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.



4) ¿Hace que tiempo presenta esta molestia?

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		<input checked="" type="checkbox"/>

5) ¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			<input checked="" type="checkbox"/>

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apronax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
			X

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
		X

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....

## ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, solicito a usted llene todas las preguntas, de la manera más objetiva posible, la información obtenida servirá para el cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación:

1) **¿Ha presentado dolor en la parte baja de la espalda?**

Si (  ) No (  )

2) **El dolor que presenta es:**

Solo en la región baja de la espalda (  )

El dolor se irradia hacia el miembro inferior (  )

3) **Marque con una cruz sobre la línea, indicando el dolor que tiene actualmente.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor								Insoponible		

4) **¿Hace que tiempo presenta esta molestia?**

Menos de cuatro semanas	Entre 4 semanas y 3 meses	Más de 3 meses
		<input checked="" type="checkbox"/>

5) **¿Cuántas veces tiene usted dolor de espalda?**

Semanalmente	Mensualmente	Ocasionalmente	Diariamente
			<input checked="" type="checkbox"/>

6) ¿Con qué frecuencia necesita usted medicación para el dolor de espalda?

Siempre que tengo dolor	A veces	Raramente	Nunca
X			

7) ¿Qué tipo de medicamento consume?

Paracetamol	Ibuprofeno	Apranax (Naproxeno sódico)	Votaren (Diclofenaco sódico)
		X	

Otros especifique cuál?.....

8) ¿Cuántas horas al día trabaja?

≤6 horas / día	7-10 horas / día	≥ 11 horas / día
		X

9) La aparición del dolor es:

Antes de la jornada de trabajo	Durante la jornada de trabajo	Después de la jornada de trabajo
		X

10) ¿Cuántas horas duerme al día?

≤ 8 horas diarias	8 horas diarias	≥ 8 horas diarias
X		

Agradezco su colaboración.....