

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR "ESCULAPIO"
I.S.T.E.
REGISTRO SENE CYT No. 17-061

ESCUELA DE ENSEÑANZAS DE TERAPIAS NATURALES

2019

APLICACIÓN TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES EN
LUMBALGIAS, EN PACIENTES DEL CENTRO DE TERAPIA FÍSICA
GUAMÁN, UBICADO EN CONOCOTO VALLE DE LOS CHILLOS
TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA.

SYLVIA ANDREA ROLDÁN GALLEGOS

DR. MARCELO MONCAYO G.

RESUMEN

En esta investigación se estudió la efectividad de las ventosas calientes en el tratamiento del dolor lumbar en pacientes del Centro de Terapia Física. 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.

El 46.67% de los pacientes obtuvieron una mejoría del 0 a 2, el 43.33% está en la escala de 2 a 4 y el 10% de los pacientes están en la escala de 4 a 6.

Palabras claves: Dolor lumbar, ventosas, ventosas calientes, punto v23, lumbalgia.

CERTIFICACION DE AUTORÍA

CERTIFICO QUE ESTE TRABAJO APLICACIÓN TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES EN LUMBALGIAS, EN PACIENTES DEL CENTRO DE TERAPIA FÍSICA GUAMÁN, UBICADO EN CONOCOTO VALLE DE LOS CHILLOS, FUE REALIZADO POR: ANDREA ROLDÁN.

QUITO 12 DE MARZO DEL 2019

DR. MARCELO MONCAYO

"ESTE PRESENTE TRABAJO 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."

SYLVIA ANDREA ROLDÁN GALLEGOS

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a las personas que han influenciado en mi con el mejor de los ejemplos, valores, que día a día me dan su amor, sus consejos, su ayuda, me han enseñado que todo lo que uno se propone lo puedo realizar con perseverancia, esfuerzo, humildad, esas personas son: mis padres, mis hermanas. A mi hija Valentina porque a su corta edad me ha enseñado a amar sin medida y siempre su sonrisa me da el empuje para seguir superándome en todas mi metas propuestas.

Sylvia Andrea Roldán Gallegos

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por todas las bendiciones que me ha dado en el transcurso de mi vida, a mis queridos padres, hermanas por inculcarme buenos valores y demostrarme siempre su gran amor y su apoyo incondicional, a mi hija por haber llegado a mi vida a llenarme de alegrías, de amor y por hacer el esfuerzo de esperarme paciente los días que tuve que ausentarme por clases.

Finalmente gracias a los profesores del Instituto Esculapio por haber compartido sus conocimientos a lo largo de nuestra profesión.

Sylvia Andrea Roldán Gallegos

INDICE

INTRODUCCION	2
CAPITULO 1: METODOLOGIA	5
Tipo de estudio	5
Proceso de investigación	5
Variables	6
Materiales	6
Proceso del tratamiento	7
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO	8
Columna Lumbar	8
Lumbalgia	9
Causas de lumbalgia	10
Síntomas de lumbalgia	10
Tipos de lumbalgia	10
Lumbalgia en la Medicina Tradicional China	10
Historia de las ventosas	11
Tipos de ventosas	13
Beneficios de las ventosas	15
Punto shu de rinon	16
CAPITULO 3: RECOLECCION DE INFORMACIÓN	18
Historia Clínica	18
Escala Visual Análoga (EVA)	18
CAPÍTULO 4 ANÁLISIS DE DATOS	20
Análisis comparativo	20
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Columna Lumbar.....	9
Gráfico 2. Ventosa de cerámica.....	14
Gráfico 3. Ventosa de Bambú.....	14
Gráfico 4. Ventosa de Vidrio.....	14
Gráfico 5. Ventosa Neumática.....	15
Gráfico 6: Colocación de ventosas.....	16
Gráfico 7: Porcentaje de personas atendidas por género.....	20
Gráfico 8. Porcentajes de edades mujeres atendidas.....	21
Gráfico 9. Porcentaje edad hombres atendidos.....	22
Gráfico 10. Número y porcentaje de ocupación de pacientes mujeres.....	23
Gráfico 11. Número y porcentajes de ocupación hombres.....	24
Gráfico 12. Número y porcentajes de lugar de dolor paciente mujeres.....	25
Gráfico 13. Número y porcentaje de lugar de dolor hombres.....	26
Gráfico 14: Número y porcentaje de tipo dolor lumbar mujeres.....	27
Gráfico 15: Número y porcentaje de tipo dolor lumbar mujeres.....	28
Gráfico 16: Número y porcentaje causas de dolor lumbar.....	29
Gráfico 17: Número y porcentaje de dolor lumbar al inicio terapia.....	30
Gráfico 18: Número y porcentaje dolor final terapia.....	32

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Número y porcentajes de edades mujeres atendidas	21
Tabla 2 Número y porcentajes de edades hombres atendidos	22
Tabla 3 Número y porcentaje de ocupación de pacientes mujeres.....	23
Tabla 4 Número y porcentajes ocupación pacientes hombres.....	24
Tabla 5 Número y porcentajes de lugar de dolor paciente mujeres	25
Tabla 6 Número y porcentaje del lugar de dolor en pacientes hombres	26
Tabla 7 Número y porcentaje de tipo dolor mujeres	27
Tabla 8 Número y porcentajes de tipo de dolor en pacientes hombres	28
Tabla 9 Número y porcentaje de causas del dolor lumbar	29
Tabla 10 Número y porcentaje de dolor al inicio de la terapia.....	30
Tabla 11 Número y porcentaje del dolor al final de la terapia	32

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico en la espalda baja genera alteraciones físicas, emocionales y socioeconómicas, y consecuentemente, elevado uso de medicamentos y de recursos de salud. Según la Guía clínica del Ministerio de Salud es la causa más común a nivel mundial de discapacidad laboral y ausentismo en menores de 45 años, El dolor lumbar es un importante problema de salud pública, se estima que el 60-70%, de las personas adultas presentan problemas de dolor lumbar, ya que afecta a gran parte de las personas en etapa de vida laboral, genera un incremento en el uso de recursos y pérdida de días de trabajo son muchos los factores que ocasionan esta patología, lesiones por esfuerzos físicos, mala postura, sedentarismo, sobrepeso, estrés, que ocasionan contracciones musculares.

La búsqueda por la desmedicalización lleva a la utilización, cada vez más frecuente, de las prácticas integrales y complementarias, como los recursos de la Medicina Tradicional China (MTC), para complementar los cuidados alopáticos relacionados al dolor. Las ventosas es una de las terapias de la MTC indicada para reducción del dolor. (Moura, 2018)

La aplicación de ventosas en una técnica que se viene realizando desde la antigüedad y hoy en día es utilizada por médicos, naturópatas, terapeutas, para realizar masajes, como terapia para el dolor obteniendo buenos resultado, la terapia con ventosas también se denomina con el término inglés cupping, que deriva de cup que en inglés significa taza (Sales, 2013). Se trata de uno de los

métodos terapéuticos empleados en la Medicina Tradicional China con la finalidad de provocar determinados estímulos cutáneos y tisulares mediante la producción del vacío. La terapia con ventosas calientes es un tratamiento terapéutico, el cual es considerado como una parte muy importante en la Medicina Tradicional China.

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

En el tercer capítulo podemos observar los métodos que se utilizaron para recolectar datos que se manejaron en la presente investigación.

Concluimos con el cuarto capítulo donde se encuentran los resultados obtenidos, que nos permite saber la efectividad del uso de las ventosas calientes en lumbalgias.

Los objetivos de la presente investigación son: demostrar la efectividad de las ventosas calientes en el tratamiento del dolor lumbar en pacientes del Centro de Terapia Física, identificar las principales causas que producen el dolor lumbar, elaborar un protocolo de tratamiento con ventosas calientes en pacientes con dolor lumbar y evaluar la intensidad del dolor con la escala EVA al inicio y al final de la terapia.

En el Centro de Rehabilitación en donde se va a realizar esta investigación, a menudo llegan pacientes que están afectados por problemas de dolor lumbar, personas que incluso no pueden caminar ya que el dolor es fuerte y que han

tomado diferentes analgésicos para calmar el dolor, pero no han logrado que disminuya, lamentablemente esto afecta a su normal desempeño e incluso afecta su calidad de vida ya que han dejado de realizar normalmente sus actividades, manifestando que el dolor inició por realizar un esfuerzo físico, por mucha carga laboral o familiar. Con las ventosas calientes se puede ayudar a que esta molestia en la primera sesión disminuya y que en las siguientes sesiones el paciente sienta que el dolor va bajando hasta desaparecer completamente, así evitar que siga prolongando la toma de pastillas para el dolor.

Esta investigación está alineada de acuerdo al campo de arte y humanidades con código UNESCO: 510113 Medicina Tradicional, de igual manera es acorde 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

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

Proceso de investigación

Este trabajo realizara en el centro de terapia Física, donde a diario ingresan pacientes con diferentes dolencias, entre ellas el dolor lumbar. El tipo de investigación desarrollada será la de campo que consiste en trasladarse al lugar donde se encuentran los pacientes. Este tipo de investigación apoyará en informaciones que provendrán entre otras más como, encuestas y observaciones.

En esta investigación se realizará:

Historias Clínicas

Escala de dolor EVA

Universo y muestra

La muestra se va a realizar en el Centro de Fisioterapia, ubicado en Quito Distrito Metropolitano, Valle de los Chillos.

El tamaño de la muestra es de 30 personas que ingresan a este centro con molestia lumbar que se han seleccionado para colocar las ventosas calientes para disminuir el dolor.

Variables

Dependiente

Aplicación de ventosas calientes en lumbalgias

Independiente

Dolor Lumbar

Materiales

Para realizar el tratamiento con ventosas calientes se utilizará los siguientes materiales:

- Pinzas
- Algodón
- Alcohol
- Fósforos
- Aceite
- Ventosas
- Camilla
- Sabanas

Proceso del tratamiento

El tratamiento se realizará a los pacientes que presentan dolor lumbar, se aplicará ventosas de vidrio que serán calentadas por medio de un algodón con alcohol, se procederá a recostar al paciente en posición decúbito prono o ventral, se colocará aceite en la zona que va hacer tratada para que no cause dolor al momento de colocar las ventosas.

Se tomará una ventosa y como primer paso se realizará un masaje con la misma, por todo el sitio lumbar aproximadamente por 10 minutos, posteriormente se colocará de 4 a 6 ventosas fijas calientes en puntos dolorosos y el punto shu de riñón V23, se dejarán colocadas por 10 minutos más, cada paciente tendrá que asistir a seis terapias.

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.

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

Columna Lumbar

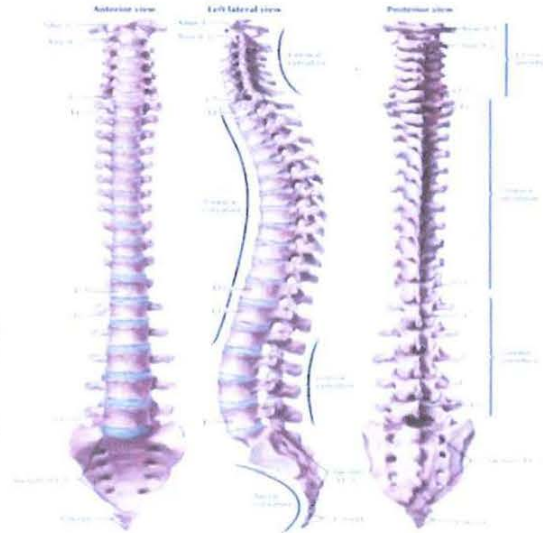
Por el peso que debe cargar las vértebras lumbares son, por mucho, las más grandes de toda la columna vertebral, la columna lumbar se compone de cinco vértebras dispuestas en una curva lordótica que es convexa hacia delante. Los discos son gruesos y miden aproximadamente un tercio de la altura del cuerpo vertebral correspondiente.

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; las apófisis transversas son largas y delgadas, apófisis accesoria en la cara posterior de la base de cada apófisis; las apófisis articulares sus caras posteriores están dirigidas posteromedial, sus caras inferiores están dirigidas anterolateralmente, tienen apófisis mamilar en la cara posterior de cada apófisis articular; las apófisis espinosas se dirigen horizontalmente, son cortas y robustas, gruesas, anchas y en forma de hacha. (Garzón, 2015)

Grafico 1: Columna Lumbar

Columna lumbar

- Mide entre 15 y 25 cm
- Lordosis fisiológica
- Consta de 5 vertebras
- L5 soporta el peso de la parte superior del peso
- Responsable del ángulo lumbosacro



Martinez, E. (15 de febrero de 2018). *Slidershare.net*. Obtenido de <https://www.slideshare.net/eduardo2659398/anatoma-de-vertebras-lumbares>

Lumbalgia

La lumbalgia es definida como el dolor localizado que se da debajo del margen de las últimas costillas, es decir de la parrilla costal hasta la región glútea inferior, por encima de las líneas glúteas inferiores con o sin dolor en los miembros inferiores. (Solís)

El dolor lumbar, de entre los problemas osteomusculares, el motivo de consulta más frecuente (Aloysia L. Schwabe, 2003), es por esto que se debe conocer los factores que producen esta lesión. La lumbalgia es un problema frustrante para las personas que sufren esto, afecta el diario vivir y obviamente lo

laboral, ya que por el dolor puede imposibilitar y la persona no tiene una buena calidad de vida, es por esto que el paciente debe recibir una asistencia oportuna y adecuada, con la finalidad de evitar que evolucione a un dolor crónico.

Causas de lumbalgia

Entre la causas del dolor lumbar podemos mencionar la edad, trabajo físico intenso, estrés, orígenes congénitos, desordenes metabólicos, fallas neurológicas, golpes o traumatismos y tabaquismo.

Síntomas de lumbalgia

Los síntomas son dolor intenso en la parte baja de la espalda (lumbar), puede ser en un solo lado o ambos, en algunos casos fiebre, insomnio por el dolor, poca o nula movilidad

Tipos de lumbalgia

Dentro de los tipos de lumbalgia se encuentran la lumbalgia aguda que aparece poco después de una lesión y que dura únicamente el tiempo en que tarda en curar el tejido afectado y la lumbalgia crónica que persiste más allá del tiempo en el que es de esperar la cicatrización tisular o del límite arbitrario de 3 a 6 meses (Tauben, Tratamiento médico del dolor lumbar: un enfoque sintomático, 2003).

Lumbalgia en la Medicina Tradicional China

Desde la Medicina Tradicional China la lumbalgia puede tener como etiología las siguientes causas: El Trabajo físico excesivo ya sea en su labor,

deportes o ejercicios. 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.

Actividad sexual excesiva: en los hombres debilita la parte posterior en un sentido energético, ya que agota el Qi de Riñón y su deficiencia lleva a una falla para nutrir y fortalecer los músculos de la espalda. El embarazo y el parto en las mujeres de constitución débil, en la falta de descanso después del parto, o en aquellas que tienen varios hijos en rápida sucesión.

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 las ventosas

En la Medicina Tradicional China la aplicación de ventosas es una práctica habitual, y en muchas ocasiones se emplea complementando a la práctica de la acupuntura. Las Ventosas aspiran y eliminan las toxinas del organismo, limpiando el "chi" (energía) y la sangre del cuerpo, desintoxicándolo, son de acción rápida y altamente efectivas. Esta técnica que consiste en extraer el aire ejerciendo una

presión negativa dentro de un "vaso" o "ventosa", provocando un vacío que absorbe estrechamente la superficie de la piel. Se emplea para tratar diferentes enfermedades, generando una congestión local o estancamiento de sangre a través de la absorción, juega un papel importante dado que promueve la circulación sanguínea y el flujo del Qi. También pueden usarse a través de áreas más extensas, deslizando las ventosas por la piel, lubricándola, primeramente, para un mejor deslizamiento. Se aplican hasta que la piel toma una coloración rojiza. (Fenix, 2018)

El antiguo método de ventosas fue utilizado con frecuencia después del final de la Segunda Guerra Mundial, cuando los medicamentos y el equipo técnico terapéutico eran escasos. En tiempos de prosperidad, fue olvidado, a pesar de que es un método de tratamiento seguro y de acción rápida, si se aplica correctamente.

Puede ser usado solo o en conjunto con otros métodos naturopáticos, pero también en muchos casos, en combinación con procedimientos de la medicina ortodoxa, el motivo de esto, en la opinión de muchos expertos, se encuentra en el uso excesivo de estas drogas, ya que las drogas químicas deben ser reemplazadas frecuentemente por medicamentos más fuertes. La ventosa, por otro lado, tiene la gran ventaja de ser simple y seguro en su aplicación y de ser efectivo sin drogas. (Manz, 2009)

En la antigua China, los médicos tenían tradicionalmente en sus jardines o alrededores de su casa plantados frondosos bambúes, planta autóctona de esos

países, la cual era cortada delante del paciente cuando se necesitaba para los tratamientos, se pela la corteza y se tuesta un poco al fuego. Entonces ya está lista para ser utilizada, por ello se pensaba que esa planta de la casa del médico, tenía extrañas propiedades al encontrar mejoría cuando se les aplicaba la ventosa de bambú. Lo cierto es que era la misma planta que la de cualquier otro lugar, pero bien utilizada en una práctica médica.

También los egipcios la usaron, dejaron constancia escrita de su uso e Hipócrates y Galeno fueron defensores de sus numerosos beneficios. En Europa y América los médicos empezaron a utilizarla a principios del siglo XIX y desde entonces ha venido confirmándose clínicamente lo que la observación había mostrado: la aplicación de ventosas aporta numerosos beneficios para la salud.

La medicina árabe las utiliza desde hace miles de años con registros de innumerables enfermedades tratadas, las llamaban "Hijhama". Incluso las utilizaban en determinados días del mes respetando los ciclos lunares para obtener mejores efectos terapéuticos.

Tipos de ventosas

Actualmente existe una variedad de ventosas como son: ventosas de cerámica, ventosas de bambú, ventosas de vidrio, y ventosas neumáticas.

Gráfico 2. Ventosa de Cerámica



Fenix, S. D. (2018). *SCRIBD*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/74154310/Pequeno-Manual-para-Terapias-con-Ventosas>

Gráfico 3. Ventosa de Bambú



Fenix, S. D. (2018). *SCRIBD*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/74154310/Pequeno-Manual-para-Terapias-con-Ventosas>

Gráfico 4: Ventosa de Vidrio



Fenix, S. D. (2018). *SCRIBD*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/74154310/Pequeno-Manual-para-Terapias-con-Ventosas>

Grafico 5: Ventosa Neumática



Fenix, S. D. (2018). *SCRIBD*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/74154310/Pequeno-Manual-para-Terapias-con-Ventosas>

Beneficios de las ventosas

Desde la MTC las ventosas favorecen el estancamiento de Qi y sangre, actúa sobre los músculos, tejido conectivo y adiposo, es por esto que tiene los siguientes beneficios: Efecto analgésico y antiinflamatorio, relajante muscular y descontracturante, ayuda a eliminar la grasa, previene la aparición de arrugas, elimina toxinas, estimula los órganos y activa los canales y puntos y aumenta las defensas (efecto inmunológico)

Aplicación de las ventosas

La aplicación de ventosas es una técnica en que genera un vacío al momento de la succión en la piel, ayudando a una normal circulación tanto sanguínea como linfática.

Según la medicina china cuando hay un estancamiento de sangre o energía llamado Qi, se produce enfermedades y dolor, con las ventosas ayudamos a libre flujo de energía. Actualmente podemos ver ventosas que tienen bomba de

aspiración o pera de goma lo que hace más fácil su aplicación ya que podemos realizar la succión de acuerdo a la sensibilidad del paciente evitando provocar dolor. No se debe olvidar de lubricar la piel con aceite para que al momento de realizar un masaje, las ventosas sean deslizadas sin dificultad y sin dañar al paciente, en la aplicación de ventosas fijas, por la succión que realiza es inevitable no dejar unos pequeños círculos que al inicio serán de color rojo, posteriormente se tornaran de un color morado, pero estos desaparecen en un periodo máximo de 7 días.

Grafico 6: Colocación de ventosas



Andrea Roldán (2019) Colocación de ventosas

Punto shu de riñón

Punto de acupuntura V23, está ubicado en L2 a 1.5 cun de la columna vertebral, desde el punto de vista de la Medicina Tradicional China, el riñón es la batería del cuerpo es decir si la energía del cuerpo está en buenas condiciones nuestro cuerpo se encuentra de igual forma pero si se encuentra desgastada vamos a tener problemas como son las enfermedades, cansancio, dolor, etc.

Tonifica el Qi, Yang y Yin el riñón. Nutre el Jing del Riñón (Esencia). Fortalece la parte baja de la espalda. Nutre la sangre (Xue). Resuelve la humedad. Tonifica el Útero, Ren Mai, Du Mai y Chong Mai. Ilumina los ojos. Beneficia el oído y la vejiga. (points).

Indicaciones

Se puede mencionar algunas de las patologías que se puede mejorar con este punto. Cansancio, depresión, falta de fuerza de voluntad, dolor, sensación de frío en la parte baja de la espalda y las rodillas, visión borrosa, ojos secos, glaucoma, disminución de la visión, mareo, menstruación escasa, excesiva o irregular. La amenorrea, huesos débiles, artritis, dificultad para orinar, orina turbia, enuresis nocturna, incontinencia urinaria, sangre en la orina, asma causado por la falta de recepción del Qi del Riñón, sordera, mala memoria, baja concentración. Somnolencia, cálculos renales.

CAPITULO 3: RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Para la presente investigación se selecciona una muestra de 30 personas que presentan dolor lumbar, se les explico individualmente sobre el proceso del estudio y accedieron 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. En las características del dolor lumbar se obtuvo datos en cuanto 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 será:

1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.

2 Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.

3 Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

CAPÍTULO 4 ANÁLISIS DE DATOS

Análisis comparativo

Gráfico 7: Porcentaje de personas atendidas por género



Andrea Roldán (2019) Porcentaje de personas atendidas por género. Fuente historias clínicas

ANÁLISIS: La muestra dada para esta investigación es de 30 pacientes, como se puede apreciar en la Ilustración n° 7, 13 personas o el 43% fueron pacientes mujeres que sufren de dolor lumbar y 17 personas o el 57% fueron pacientes hombres que sufren de la misma dolencia.

Tabla 1 Número y porcentajes de edades mujeres atendidas

EDADES	MUJERES	PORCENTAJE %
16-30años	1	8
31-45 años	7	54
46-60 años	3	23
61 o + años	2	15
TOTAL	13	100

Andrea Roldán (2019) Porcentaje de personas atendidas por edades. Fuente historias clínicas

GRAFICO 8: Porcentajes de edades mujeres atendidas



Andrea Roldán (2019) Porcentaje de mujeres atendidas por edades. Fuente historias clínicas

ANALISIS: Como se puede observar en la Ilustración N° 8, el porcentaje mayor es de 54%, es decir que en esta investigación, las pacientes mujeres que acuden con más frecuencia al centro de terapia por problemas dolores lumbares oscilan entre los 31 a 45 años.

Tabla 2 Número y porcentajes de edades hombres atendidos

EDADES	HOMBRES	PORCENTAJE %
16-30 años	5	29
31-45 años	5	29
46-60 años	3	18
61 o + años	4	24
TOTAL	17	100

Andrea Roldán (2019) Porcentaje edad hombres atendidos. Fuente historias clínicas

Gráfico 9: Porcentaje edad hombres atendidos



Andrea Roldán (2019) Porcentaje edad hombres atendidos. Fuente historias clínicas

ANALISIS: Como se puede observar en la Ilustración N° 9, de los pacientes hombres que ingresan mayormente al Centro de Fisioterapia presentando problemas lumbares, van desde los 16 a 30 años y desde los 31 a 45, en esta investigación el porcentaje fue de 29% en ambos rangos de edades.

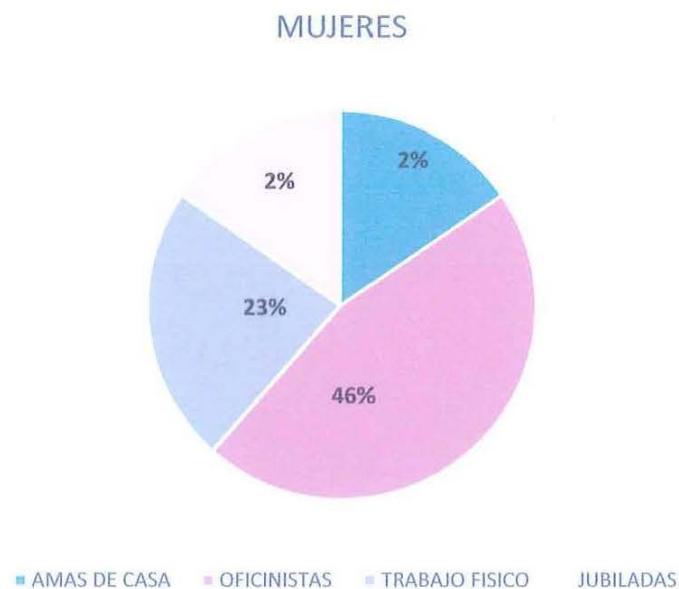
Tabla 3 Número y porcentaje de ocupación de pacientes mujeres

OCUPACION	MUJERES	PORCENTAJE %
AMAS DE CASA	2	15
OFICINISTAS	6	46
TRABAJO FISICO	3	23
JUBILADAS	2	15
TOTAL	13	100

Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje de ocupación pacientes mujeres.

Fuente historias clínicas

Gráfico 10: Número y porcentaje de ocupación de pacientes mujeres



Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje de ocupación pacientes mujeres.

Fuente historias clínicas

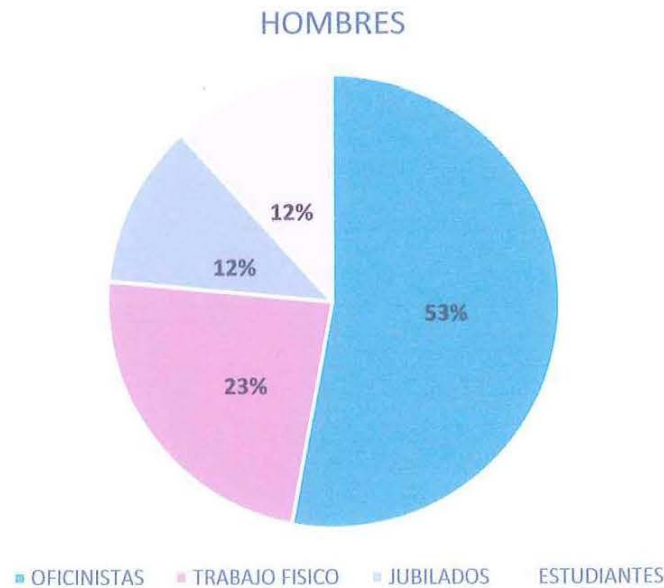
ANALISIS: Como se puede observar en la Ilustración No.10 las pacientes mujeres que más se han atendido en el Centro de Terapia por problemas lumbares, son oficinistas, con un porcentaje de 46%, segundas las mujeres que realizan trabajo físico con el 23% y en tercer lugar amas de casa y mujeres jubiladas con el 2%.

Tabla 4 Número y porcentajes ocupación pacientes hombres

OCUPACION	HOMBRES	PORCENTAJE %
OFICINISTAS	9	53
TRABAJO FISICO	4	23
JUBILADOS	2	12
ESTUDIANTES	2	12
TOTAL	17	100

Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje de ocupación hombres.
Fuente historias clínicas

Gráfico 11: Número y porcentajes de ocupación hombres



Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje de ocupación hombres. Fuente historias clínicas

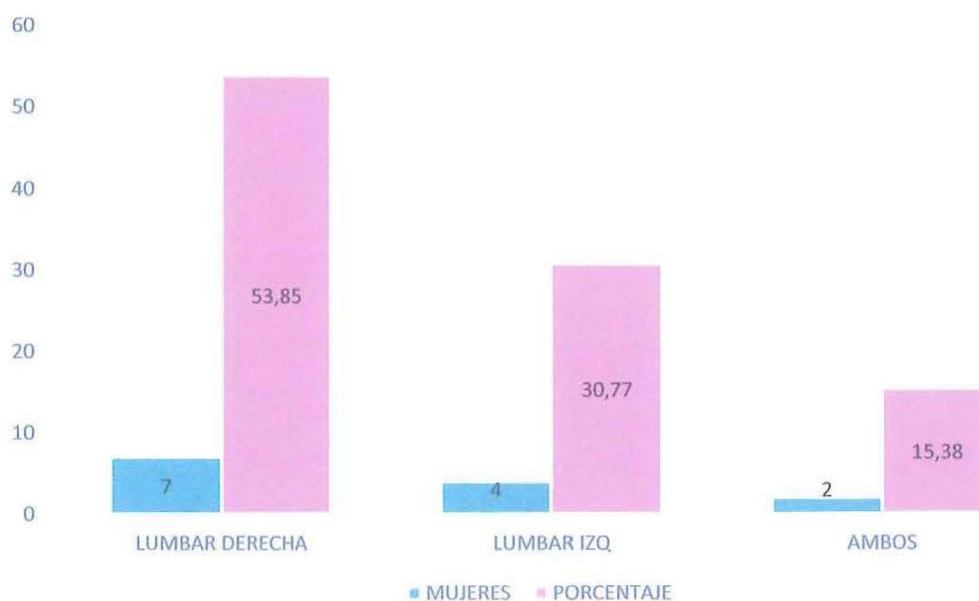
ANALISIS: Como se puede observar en la Ilustración 11. Los pacientes hombres que más van al Centro de Terapia son los oficinistas con un porcentaje del 53%, segundo los que realizan trabajo físico con un 23% y tercero los jubilados y estudiantes con el 12%.

Tabla 5 Número y porcentajes de lugar de dolor paciente mujeres

LUGAR DOLOR	MUJERES	PORCENTAJE %
LUMBAR DERECHA	7	54
LUMBAR IZQ	4	31
AMBOS	2	15
TOTAL	13	100

Andrea Roldán (2019) Número y porcentajes de lugar de dolor pacientes mujeres

Gráfico 12. Número y porcentajes de lugar de dolor paciente mujeres



Andrea Roldán (2019) Número y porcentajes de lugar e dolor pacientes mujeres

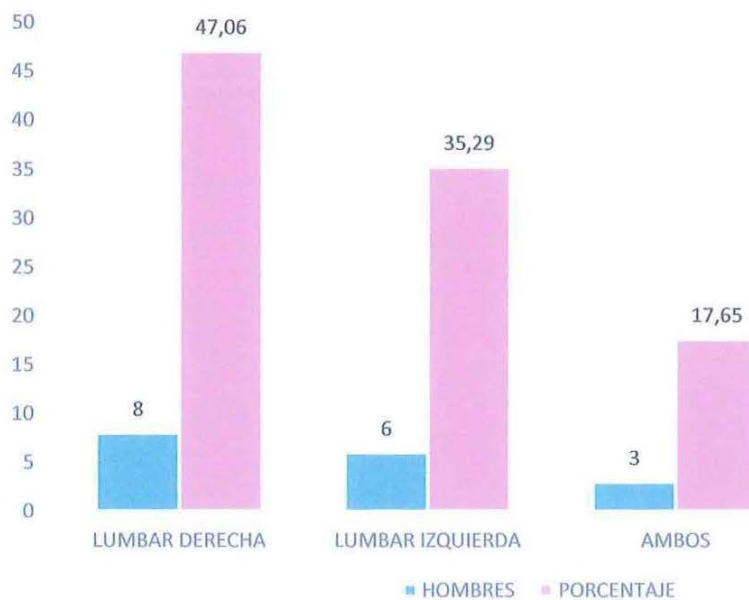
ANALISIS: Como se puede observar en la Ilustración No. 12, las pacientes mujeres que ingresan al consultorio por dolor lumbar la mayoría tienen el dolor en la parte derecha con un porcentaje del 54%, segundo con dolor en la lumbar izquierda con un porcentaje del 31% y por ultimo con dolor en ambas lumbares con el 15%.

Tabla 6 Número y porcentaje del lugar de dolor en pacientes hombres

LUGAR DOLOR	HOMBRES	PORCENTAJE %
LUMBAR DERECHA	8	47
LUMBAR IZQUIERDA	6	35
AMBOS	3	18
TOTAL	17	100,00

Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje de lugar de dolor hombres. Fuente historias clínicas

Gráfico 13: Número y porcentaje de lugar de dolor hombres



Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje de lugar de dolor hombres. Fuente historias clínicas

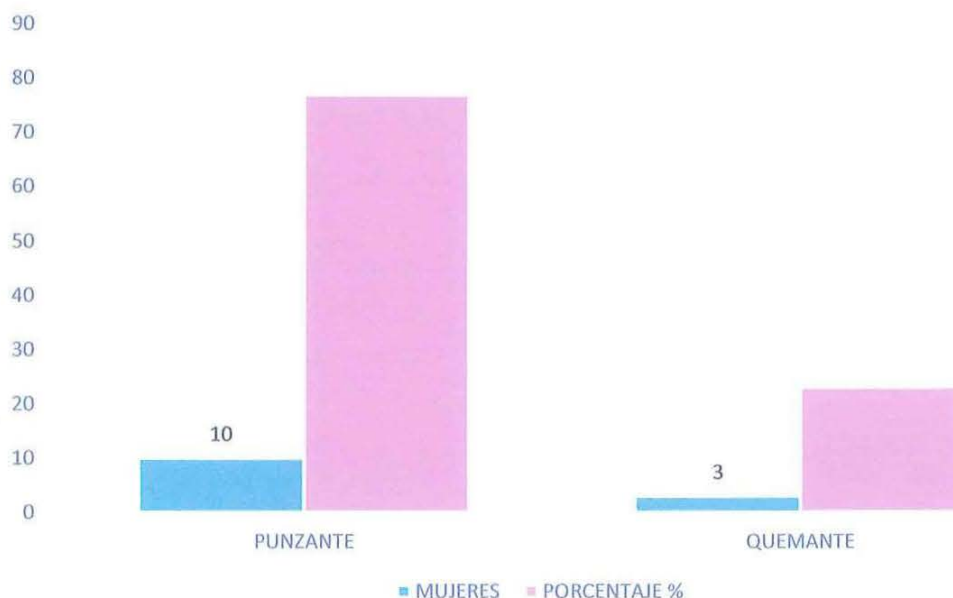
ANALISIS: Como se puede apreciar en la ilustración No. 13 los pacientes hombres, el 47% indicaron que el dolor lumbar es en la parte derecha, el 35% en la parte izquierda y el 18% indican tener dolor en ambos lados de la zona lumbar.

Tabla 7 Número y porcentaje de tipo dolor mujeres

TIPO DE DOLOR	MUJERES	PORCENTAJE %
PUNZANTE	10	77
QUEMANTE	3	23
TOTAL	13	100

Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje de tipo dolor lumbar mujeres. Fuente historias clínicas

Gráfico 14: Número y porcentaje de tipo dolor lumbar mujeres



Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje de tipo dolor lumbar mujeres. Fuente historias clínicas

ANALISIS: Como se puede apreciar en la ilustración No. 14 las pacientes mujeres que ingresaron al Centro de Terapia por dolor lumbar, el 77% indicaron tener un dolor punzante en la zona lumbar y el 23% indicaron tener un dolor quemante.

Tabla 8 Número y porcentajes de tipo de dolor en pacientes hombres

TIPO DE DOLOR	HOMBRES	PORCENTAJE %
DOLOR PUNZANTE	16	94,1
DOLOR QUEMANTE	1	5,9
TOTAL	17	100

Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje de tipo dolor lumbar hombres. Fuente historias clínicas

Grafico 15: Número y porcentaje de tipo dolor lumbar mujeres



Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje de tipo dolor lumbar hombres. Fuente historias clínicas

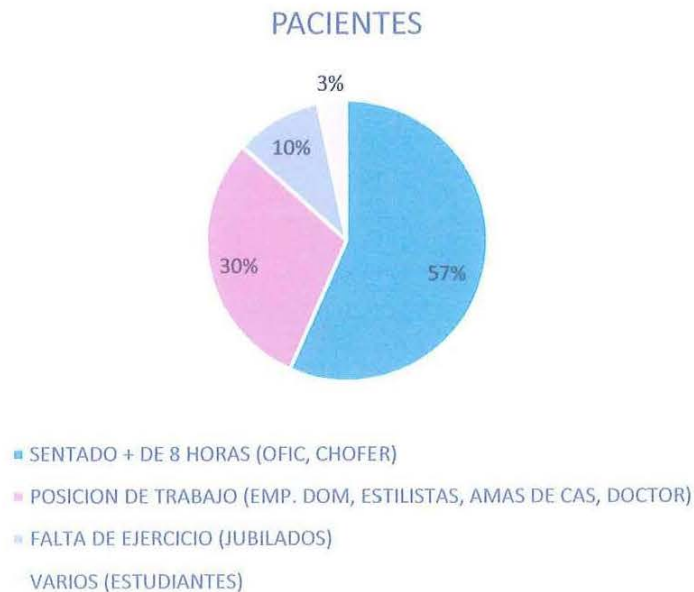
ANALISIS: Como se puede observar en la Ilustración 15 los pacientes hombres que ingresaron al Centro de Terapias con dolor lumbar, la mayoría refirieron que sentían un dolor punzante con un porcentaje de 94.1%, solo una persona de tercera edad indicó que su dolor era quemante con un porcentaje del 5.9%.

Tabla 9 Número y porcentaje de causas del dolor lumbar

CAUSAS DOLOR LUMBAR	PACIENTES	PORCENTAJE
SENTADO + DE 8 HORAS (OFIC, CHOFER)	17	56,7
POSICION DE TRABAJO (EMP. DOM, ESTILISTAS, AMAS DE CAS, DOCTOR)	9	30
FALTA DE EJERCICIO (JUBILADOS)	3	10,0
VARIOS (ESTUDIANTES)	1	3,3
TOTAL	30	100

Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje causas dolor lumbar. Fuente historias clínicas

Gráfico 16: Número y porcentaje causas de dolor lumbar



Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje causas dolor lumbar. Fuente historias clínicas

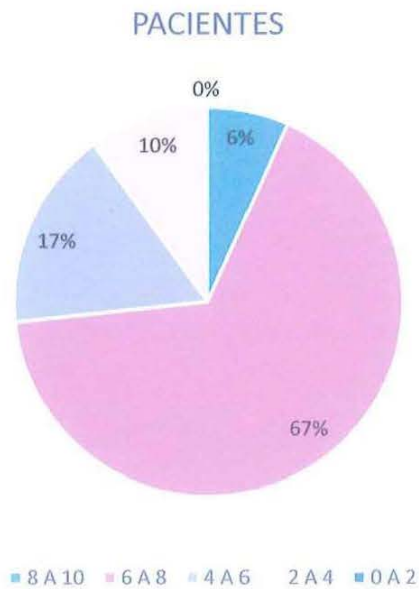
ANALISIS: Como se puede apreciar en la ilustración No. 16 los pacientes que ingresaron al Centro de Terapia por dolor lumbar, el 56.7% indicaron estar sentados más de ocho horas al día, el 30% por la posición en la que laboran, el 10% por falta de ejercicio físico.

Tabla 10 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	2	6,67
6 A 8	20	66,67
4 A 6	5	16,67
2 A 4	3	10
0 A 2	0	0
TOTAL	30	100

Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje dolor lumbar inicio terapia. Fuente historias clínicas

Gráfico 17: Número y porcentaje de dolor lumbar al inicio terapia



Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje dolor lumbar inicio terapia. Fuente historias clínicas

ANÁLISIS: Como se puede apreciar en la ilustración No. 17 los pacientes que ingresaron al Centro de Terapia por dolor lumbar al inicio de la terapia el 6,67% indicaron que tenían un dolor fuerte a muy fuerte en la escala de EVA de 8 a 10, el

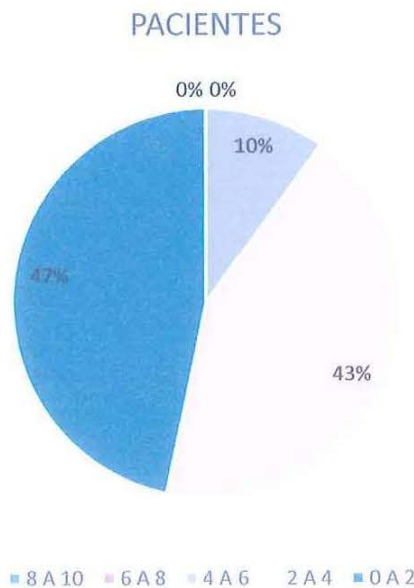
66,67% tenían un dolor de 6 a 8 de moderado a fuerte, el 16,67% moderado y el 10% un dolor leve de 2 a 4.

Tabla 11 Número y porcentaje del dolor al final de la terapia

DOLOR AL FINAL DE LA TERAPIA SEGÚN ESCALA EVA	PACIENTES	PORCENTAJE
8 A 10	0	0
6 A 8	0	0
4 A 6	3	10,00
2 A 4	13	43,33
0 A 2	14	46,67
TOTAL	30	100

Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje dolor final terapia. Fuente historias clínicas

Gráfico 18: Número y porcentaje dolor final terapia.



Andrea Roldán (2019) Número y porcentaje dolor final terapia. Fuente historias clínicas

ANALISIS: Como se puede apreciar en la ilustración No. 18 los pacientes que ingresaron al Centro de Terapia por dolor lumbar al término de la terapia existe una mejoría ya que ya que el dolor disminuyo, el 46,67% están de 0 a 2 casi no hay dolor, el 43.33 de 2 a 4 donde el dolor es leve a moderado y el 10% se encuentran en el rango de dolor del 4 a 6 donde el dolor es moderado.

CONCLUSIONES

En este estudio se concluye que la principal causa del dolor lumbar es la posición de estar sentado más de ocho horas diarias, con un 56.7%, la segunda causa es la posición de acuerdo a sus labores diarias con un 30%, la tercera causa es falta de ejercicio físico con el 10% y la cuarta es varios con un 3.3%.

Luego de la evaluación a los pacientes se determinó que, al inicio de las terapias según la Escala del dolor Eva el 66.67% de los pacientes refirieron tener un dolor de 6 a 8 es decir de dolor fuerte a muy fuerte, el 16.67 % un dolor de 4 a 6 de dolor moderado a fuerte, el 10% un dolor de 2 a 4 de dolor poco a moderado.

De acuerdo al análisis realizado se concluye que la efectividad de la aplicación de las ventosas calientes en lumbalgias es positiva ya que el porcentaje de pacientes que tuvieron una mejoría significativa es alta, los pacientes que tuvieron una mejoría del 0 a 2 son del 46.67%, o sea, según la escala Eva es de sin dolor a poco dolor, el 43.33% está en la escala de 2 a 4 que es poco dolor a dolor moderado y el 10% de los pacientes están en la escala de 4 a 6 donde el dolor es moderado, en este caso los pacientes que tuvieron este rango tienen lumbalgia desde hace mucho tiempo convirtiéndose en dolor crónico, se realizará una extensión de la terapia por más días para ayudar con la mejoría de estos pacientes.

En los pacientes que no tuvieron una mejoría significativa, pudieron alterar el resultado un mal diagnóstico, el tiempo de duración del tratamiento, la edad, ya

que como sabemos en la aplicación de terapias naturales se necesita dar un tratamiento diferente a cada paciente.

Con estos datos podemos concluir que la aplicación terapéutica de ventosas calientes es efectiva para lumbalgia.

RECOMENDACIONES

Se podría aumentar la efectividad de esta terapia natural si combinamos con otros puntos shu como: V28 y V29 que también ayudarán a que el dolor lumbar disminuya.

Se podría usar moxa en el punto Du4 conjuntamente con el punto V23 para disminuir la lumbalgia, y de este modo mejorar la efectividad de la terapia.

También podrían utilizarse puntos de acupuntura distales en el meridiano de vejiga principalmente que influya en la zona lumbar, así como también del meridiano de vesícula biliar cuando el dolor es lateral o se irradie hacia la zona lateral.

El uso de ventosas podría ser combinada con otras terapias naturales para tratar la lumbalgia que podría ser: moxa, masajes terapéuticos, compresas calientes, auriculoterapia.

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.
- Fenix, S. D. (2018). *SCRIBD*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/74154310/Pequeno-Manual-para-Terapias-con-Ventosas>
- Garzón, D. d. (octubre de 2015). *bdigital.unal.edu.co*. Obtenido de www.bdigital.unal.edu.co
- Manz, H. (2009). *The Art of Cupping*. Berlin: Thieme Publishin Group.
- MArtinez, E. (15 de febrero de 2018). *Slidershare.net*. Obtenido de <https://www.slideshare.net/eduardo2659398/anatoma-de-vertebras-lumbares>
- Martinez, E. (s.f.). *Slideshare.net*. Obtenido de <https://www.slideshare.net/eduardo2659398/anatoma-de-vertebras-lumbares>
- Moura, C. d. (2018). Ventosaterapia y dolor crónico en la espalda: revisión sistemática y metaanálisis . *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15.
- points, T. P. (s.f.). *tcmpoints.com*. Obtenido de <https://tcmpoints.com/es/vejiga/v23-shenshu/>

publica, M. d. (2016). *Dolor lumbar: Guia Práctica Clínica (GPC). Primera Edición.*
Ministerio de Salud Pública, Quito.

Solís, J. C. (s.f.). Lumbalgia: Causas, Diagnostico y Manejo. *Revista Médica de
Coste Rica y Centro America*, 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.

ANEXO 1



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres			
Edad	Sexo	Estado Civil				Ocupación			
34	M	F	S	C	D	V	U.L.	Dueña de casa / Empleado P.P.	
Dirección					Fecha de Nacimiento				
Concepción					01-JUN-1984				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Bronquitis a los 23 años
Cesarea a los 28 y 33

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1.CARDIOPAT	2.DIABETES	3.HIPERT.	4.CANCER	5.TUBERC	6.E.MENTA	7.E.INFECC	8.MALFORM	9.OTRO
-------------	------------	-----------	----------	----------	-----------	------------	-----------	--------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar del con intensidad de 5/10, que irradia hacia la nalga del, dolor quemante, inicio al alzar a su niña sintió una punzada ha tomado antiinflamatorios

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

Bronquitis

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

Dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

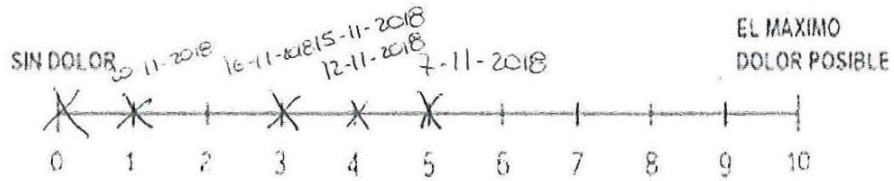
Presión arterial	120/80	F. Respirat	Peso/kg.	65	Talla	1.66	I.M.C.	206
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	-----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	CP	
8. DG. NATUROPATICO				
(Exceso) de Estancamiento de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 7-11-2018

FECHA2: 12-11-2018

FECHA3: 15-11-2018

FECHA4: 16-11-2018

FECHA5: 20-11-2018

FECHA6: 23-11-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres					
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación				
36	M	F	<input checked="" type="checkbox"/>	S	C	<input checked="" type="checkbox"/>	D	V	U.L.	Empleada Pública	
Dirección						Fecha de Nacimiento					
Concepción						25 - DIC - 1981					

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

AGO

Menarquia		FUM		G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS	
Menopausia		Características del periodo menstrual																	

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	<input checked="" type="checkbox"/>	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. HIPERT.		4. CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/>	5. TUBERC		6. E.MENTA		7. E.INFECC		8. MALFORM		9. OTRO	
--------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	------------	--	-----------	-------------------------------------	-----------	--	------------	--	-------------	--	------------	--	---------	--

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar dev que irradia hacia la nalga der con intensidad de 3/10 inicio por viaje estar sentada muchas horas hace 5 días y hace 2 meses murió su padre, dolor punzante

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

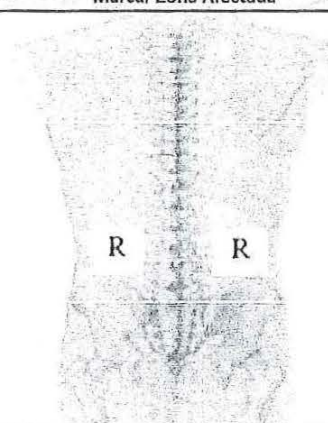
Dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

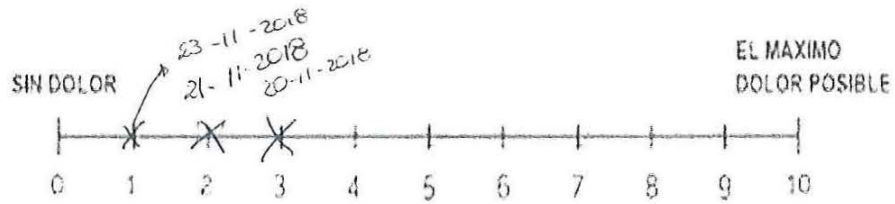
Presión arterial	130/78	F. Respirat		Peso/kg.	70	Talla	1.64	I.M.C.	26
------------------	--------	-------------	--	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos		
8. DG. NATUROPATICO				
E... de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 20-11-2018

FECHA2: 21-11-2018

FECHA3: 23-11-2018

FECHA4:

FECHA5:

FECHA6:



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres			
Edad	Sexo	Estado Civil				Ocupación			
37	M	F	S	C	D	V	U.L.	Empleado Público	
Dirección					Fecha de Nacimiento				
Conocoto					16 - OCT - 1982				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Apendicitis 27
fractura tobillo 30
Cesaria 34

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CANCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar izquierdo con irradiación hacia las piernas con intensidad de 7/10, inició el dolor por una caída jugando basket, hace 1 semana

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

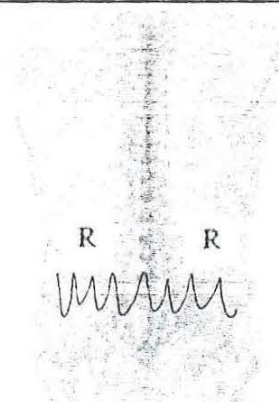
fractura tobillo, dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

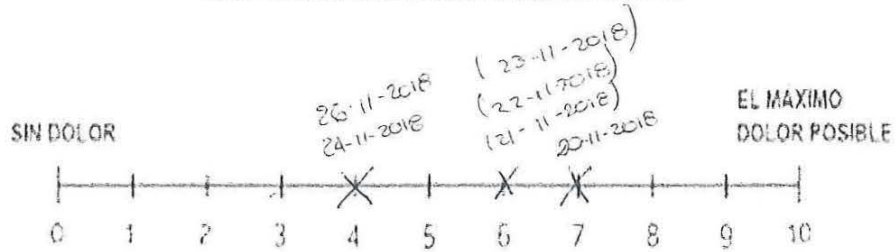
Presión arterial	110/80	F. Respirat	Peso/kg.	70	Talla	1.64	I.M.C.	26
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda	-	
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	C.P.	
8. DG. NATUROPATICO				
Estomago de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 20-11-2018

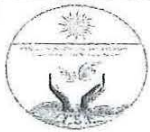
FECHA2: (21-11-2018)

FECHA3: 22-11-2018

FECHA4: 23-11-2018

FECHA5: 24-11-2018

FECHA6: 26-11-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres			
Edad	Sexo	Estado Civil				Ocupación			
66	M	F	<input checked="" type="checkbox"/>	S	C	<input checked="" type="checkbox"/>	D	V	U.L. Jubilada
Dirección						Fecha de Nacimiento			
La Armenia						18 - ENE - 1952			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

TIPIDIEA A LOS 25, TIROIDES 50

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1.CARDIOPAT	2.DIABETES	3.HIPERT.	4.CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/>	5.TUBERC	6.E.MENTA	7.E.INFECC	8.MALFORM	9.OTRO
-------------	------------	-----------	----------	-------------------------------------	----------	-----------	------------	-----------	--------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Dolor lumbar 12af con irradiación hacia la cadera con intensidad de 7/10, inicio realizando fisioterapia, dolor quemante, duele más por las noches se no inyectado diclofenaco

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

Tiroides

MUSCULOESQUELETICO

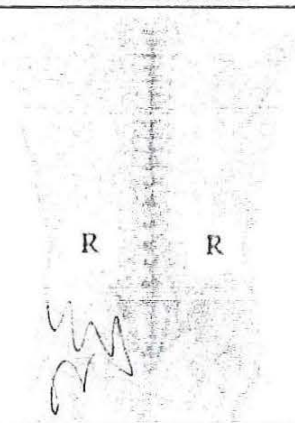
Dolor lumbar, dolor rodilla, y muñeca

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

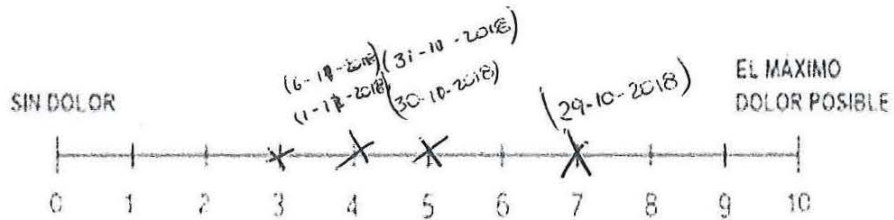
Presión arterial	120/73	F. Respirat	Peso/kg.	58	Talla	1.54	I.M.C.	24
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos		
8. DG. NATUROPATICO				
Deficit de Qi Riñon				

Andrés Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 29-10-2018

FECHA2: 30-10-2018

FECHA3: 31-10-2018

FECHA4: (1-11-2018)

FECHA5: (2-11-2018)

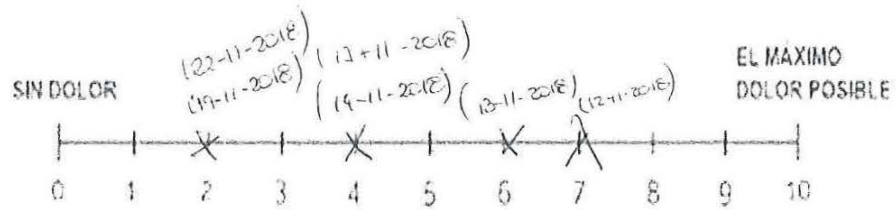
FECHA6: (6-11-2018)

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda	-	
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	-	
8. DG. NATUROPATICO				
Estancamiento de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 12-11-2018

FECHA2: 13-11-2018

FECHA3: 14-11-2018

FECHA4: 17-11-2018

FECHA5: 19-11-2018

FECHA6: 22-11-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

ACTOS DE FILIACIÓN

Apellidos		Nombres	
-----------	--	---------	--

edad	Sexo	Estado Civil		Ocupación
29	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	S <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L.	Empleada Privada	

Dirección	Fecha de Nacimiento
El labrador	28 MARZ = 1989

MOTIVO DE CONSULTA
Dolor lumbar

ANTECEDENTES PERSONALES

AGO

menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
menopausia	Características del período menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CANCER <input checked="" type="checkbox"/>	5. TUBERC.	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	---	------------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL
 Paciente refiere dolor lumbar dov con irradiacion a la nalga dor. intensidad dolor 7/10, el dolor inicia al levantarse de golpe del asiento de su oficina hace 2 semanas. duele mas al levantarse

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO
Dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

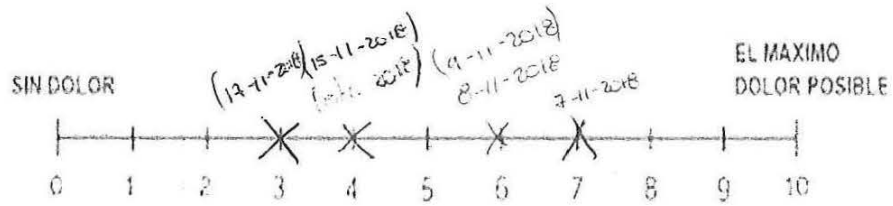
Presión arterial	120/80	F. Respirat	Peso/kg.	58	Talla	1.63	I.M.C.	22
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S?	5. Superficial		
2. Cicatrices	S?	6. Profunda	-	
3. Estrías	S?	7. Puntos Dolorosos	C.P.	
8. DG. NATUROPATICO				
Entorcamiento de 5 ^a y 6 ^a				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 7-11-2018

FECHA2: 8-11-2018

FECHA3: 9-11-2018

FECHA4: 10-11-2018

FECHA5: 13-11-2018

FECHA6: 17-11-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres			
--	--	-----------	--	--	--	---------	--	--	--

Edad	Sexo	Estado Civil				Ocupación	
42	M	F	S	C	D	V	U.L.

Dirección	Fecha de Nacimiento
Cashapamba	13 - MAR - 1976

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Operacion quiste ovario : 33 años

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1.CARDIOPAT	2.DIABETES	3.HIPERT.	4.CANCER	5.TUBERC	6.E.MENTA	7.E.INFECC	8.MALFORM	9.OTRO
-------------	------------	-----------	----------	----------	-----------	------------	-----------	--------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar der. que irradia hacia la pierna der. con una intensidad de 10. dolor punzante, inicio al caminar por la mañana hace 4 días.

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

Dolor lumbar que irradia a la pierna der.

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

Presión arterial	120/80	F. Respirat	Peso/kg.	61	Talla	1,63	I.M.C.	23
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	C.P.	
8. DG. NATUROPATICO				
Estancamiento de sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos		Nombres	

Edad	Sexo	Estado Civil		Ocupación
58	M <input checked="" type="checkbox"/> F	S	C <input checked="" type="checkbox"/> D	V U.L. Contador

Dirección	Fecha de Nacimiento
El Chifre	20 - NOV - 1961

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Cuando tenía 9 años rodó las escaleras de su casa tiene desviación leve en columna, operación cataratas de ojos, prediabético a los 55.

AGO

Menarquia	FUM	<input checked="" type="checkbox"/>	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual									

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. HIPERT.	4. CANCER	<input checked="" type="checkbox"/>	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	-------------------------------------	------------	-----------	-------------------------------------	------------	------------	-------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor zona espalda baja der que irradia hacia nalga con una intensidad de 6/10, el dolor comenzó hace 6 días jugando boley, ha tomado diclofenaco para el dolor, dolor persistente

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

dolor lumbar der.

NEUROLOGICO

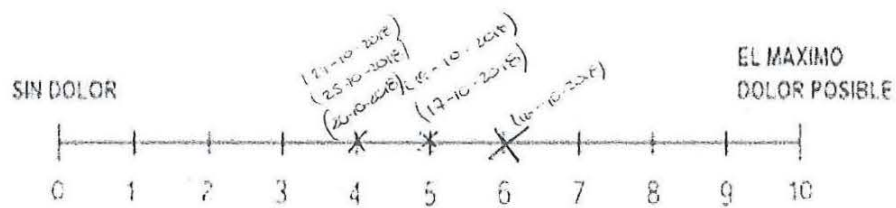
6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

Presión arterial	128/82	F. Respirat	Peso/kg.	73	Talla	1,68	I.M.C.	26
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 16-10-2018

FECHA2: 17-10-2018

FECHA3: 19-10-2018

FECHA4: 20-10-2018

FECHA5: 25-10-2018

FECHA6: 29-10-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MÉDICA

DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres					
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación				
2	M	<input checked="" type="checkbox"/> F	S	C	<input checked="" type="checkbox"/> D	V	U.L.	Docente escuela pública			
Dirección						Fecha de Nacimiento					
Las Peñas						12-07-1956					

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

7 años de años venida gastritis a los 45, SS operación urológica

AGO

Menarquia		FUM		G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS	
Menopausia		Características del periodo menstrual																	

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/> 3. HIPERT.	4. CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/> 5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	--	-----------	---	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor espasmo en la zona en ambos lados con una intensidad de 8/10 que aparece más 2 días por cambios de clima y otros objetos pesados, el dolor es punzante

5. REVISIÓN DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

gastritis

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

dolor lumbar izq y dx

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

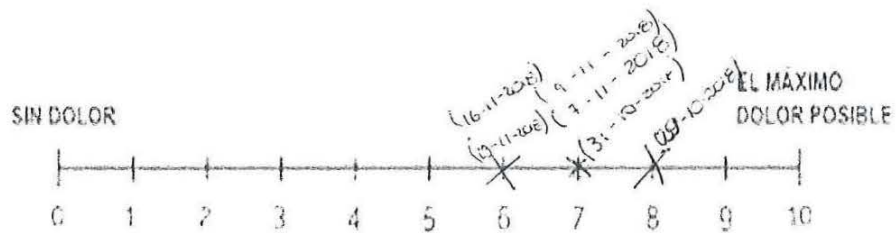
Presión arterial		F. Respirat	Peso/kg.	59	Talla	1.56	I.M.C.	23.9
------------------	--	-------------	----------	----	-------	------	--------	------

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial	S.P.	
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda	S.P.	
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	S.P.	
8. DG. NATUROPATICO				
Estancamiento de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 29-10-2018

FECHA2: 31-10-2018

FECHA3: 7-11-2018

FECHA4: 9-11-2018

FECHA5: 13-11-2018

FECHA6: 16-11-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres					
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación				
76	M	<input checked="" type="checkbox"/> F	S	<input checked="" type="checkbox"/> C	D	V	U.L.	Jubilado			
Dirección						Fecha de Nacimiento					
Santa Ana Quito						13 - Dic - 1942					

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar l29

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Hipertension 50 años, hígado graso, hipertension 54

AGO

Menarquia	FUM	<input checked="" type="checkbox"/>	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual									

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	<input checked="" type="checkbox"/>	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-------------------------------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor en la parte baja del, con irradiación a la nalga tiene esta molestia hace 4 meses pero en los últimos días ha ido incrementando el dolor, por la noche no recuerda que inicio el dolor, aumenta en la noche, no ha tomado medicación por el dolor

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

inflamación prostata

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

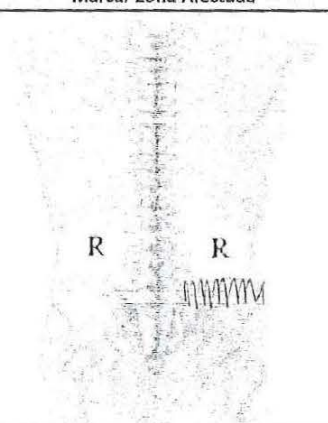
dolor lumbar del

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

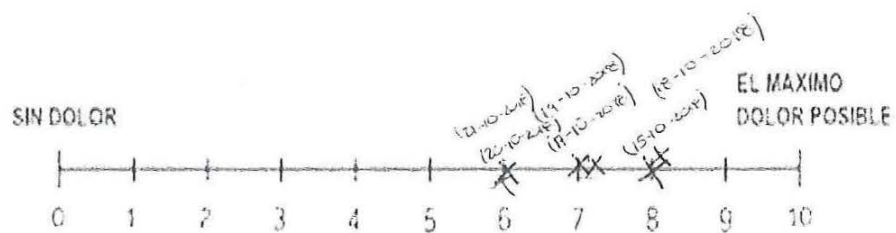
Presión arterial	132/78	F. Respirat	Peso/kg.	57	Talla	155	I.M.C.	28
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	-----	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	0 f	5. Superficial		
2. Cicatrices	0 P	6. Profunda	✓	
3. Estrías	0 f	7. Puntos Dolorosos	✓	
8. DG. NATUROPATICO				
Deficit de Riñon				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 15-10-2018

FECHA2: 17-10-2018

FECHA3: 18-10-2018

FECHA4: 19-10-2018

FECHA5: 20-10-2018

FECHA6: 21-10-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres					
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación				
39	M	F	S	C	<input checked="" type="checkbox"/> D	V	U.L.	Empleado Público			
Dirección						Fecha de Nacimiento					
Cachapamba						19-Jul-1979					

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar dex

3 ANTECEDENTES PERSONALES

↓ los 12 años sinusitis, 25 años hígado graso

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1.CARDIOPAT	2.DIABETES	3.HIPERT.	4.CANCER	5.TUBERC	6.E.MENTA	7.E.INFECC	8.MALFORM	9.OTRO
-------------	------------	-----------	----------	----------	-----------	------------	-----------	--------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor espalda bajo dex, con irradiación a la nalga dex, con intensidad 4/10, el dolor inicio al levantarse pocas horas hace 2 días, no inyectado doloneurobion. dolor punzante

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

sinusitis

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

dolor lumbar dex

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

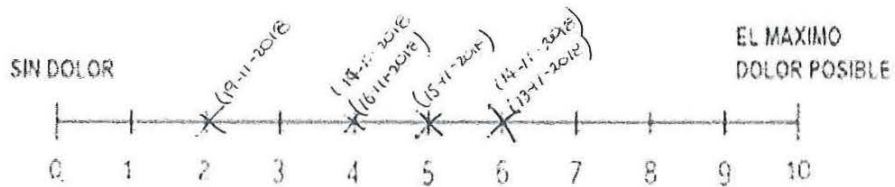
SIGNOS VITALES									
Presión arterial	124/79	F. Respirat	Peso/kg.	81	Talla	174	I.M.C.	26	

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S P	5. Superficial		
2. Cicatrices	S P	6. Profunda	✓	
3. Estrías	S P	7. Puntos Dolorosos	C P	
8. DG. NATUROPATICO				
Estancamiento de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 13 - 11 - 2018

FECHA2: 14 - 11 - 2018

FECHA3: 15 - 11 - 2018

FECHA4: 16 - 11 - 2018

FECHA5: 17 - 11 - 2018

FECHA6: 19 - 11 - 2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres			
Edad	Sexo	Estado Civil				Ocupación			
62	M <input checked="" type="checkbox"/> F	S	C	<input checked="" type="checkbox"/> D	V	U.L.	Docente		
Dirección					Fecha de Nacimiento				
Urb. La América					23-02-1956				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Hernia en espalda a los 30 años, operación prostata 60 años, hipertensión 50 años.

AGO

Menarquia		FUM		G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS
Menopausia		Características del período menstrual																

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	<input checked="" type="checkbox"/>	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-------------------------------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolos espalda baja derecha que irradia hacia la rodilla con intensidad de 7/10. el dolor es quemante, el dolor inicio aprox hace 3 meses por levantar una caja pesada, es mas intenso en la tarde, ha tomado celebrex

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

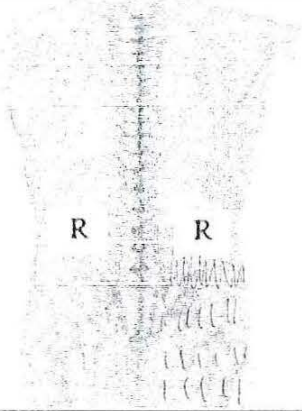
Dolor lumbar der., dolor rodillas

NEURÓLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

Presión arterial		F. Respirat		Peso/kg.	68.63	Talla	1.76	I.M.C.	28
------------------	--	-------------	--	----------	-------	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos		
8. DG. NATUROPATICO				
DEFICIT DE (SANGRE) ENERGIA Qi RINON				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPIÓ

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres			
Edad	Sexo	Estado Civil				Ocupación			
34	M	F	S	C	D	V	U.L.		
Dirección					Fecha de Nacimiento				
Quito, El INCA					22-NOV-1984				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

prematura, gripes frecuentes, bronquitis - alergias tipo

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CANCER	5. TUBERC	6. E.MENTA	7. E.INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	------------	-------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor espalda baja dar con una irradiación de 7/10 que irradia hacia la rodilla, inicio hace 1 semana por levantar objetos pesados. el dolor molesto más al levantarse, dolor punzante

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

Bronquitis

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

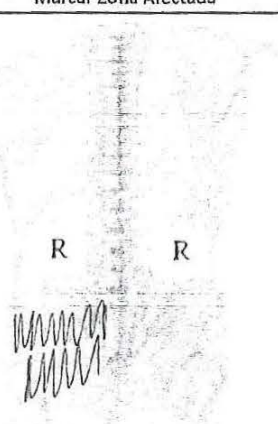
Dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

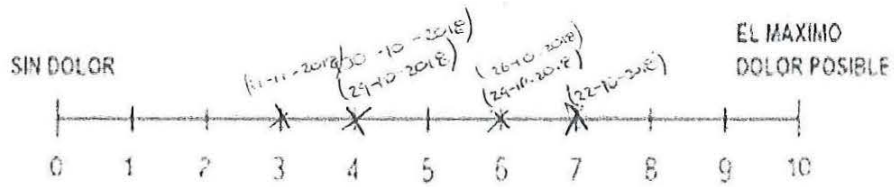
Presión arterial	120/80	F. Respirat	Peso/kg.	72	Talla	1.78	I.M.C.
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección	Palpación		Marcar Zona Afectada	
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda	C.P.	
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	C.P.	
8. DG. NATUROPATICO				
Entorcimiento de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 22-10-2018

FECHA2: 24-10-2018

FECHA3: 26-10-2018

FECHA4: 29-10-2018

FECHA5: 30-10-2018

FECHA6: 1-11-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres					
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación				
39	M	F	S	C	D	V	U.L.	Empleado Privada (oficin)			
Dirección						Fecha de Nacimiento					
Sanagolqu.						Octubre - 1979					

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

gripes frecuentes, alergias desde los 10 años, resaca a los 36

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar 129 que irradia a la nalga con intensidad de 7/10, más hace 3 días pasa mucho tiempo sentada el dolor es punzante

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

alergias, gripes

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

Dolor musculas lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

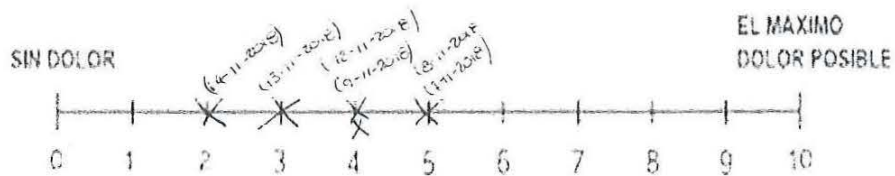
Presión arterial	120/80	F. Respirat	Peso/kg.	55	Talla	1.60	I.M.C.	21
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada			
1. Manchas	S. P.	5. Superficial					
2. Cicatrices	S. P.	6. Profunda	/				
3. Estrías	S. P.	7. Puntos Dolorosos	/				
8. DG. NATUROPATICO							
Estancamiento de Sangre							

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marcá con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 7 - 11 - 2018

FECHA2: 8 - 11 - 2018

FECHA3: 9 - 11 - 2018

FECHA4: 12 - 11 - 2018

FECHA5: 13 - 11 - 2018

FECHA6: 14 - 11 - 2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres				
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación			
60	M	<input checked="" type="checkbox"/> F	S	C	<input checked="" type="checkbox"/> D	V	U.L.	Empleado Público		
Dirección						Fecha de Nacimiento				
Club las Chillos						18 - OCT - 19 59				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Cirugía Vesícula a los 55 años

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	<input checked="" type="checkbox"/> 2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	---	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor espalda baja Izq con irradiación a la cadera Izq con intensidad de 5/10, dolor punzante, el dolor inicio al trotar hace 2 semanas ha tomado antiinflamatorios

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

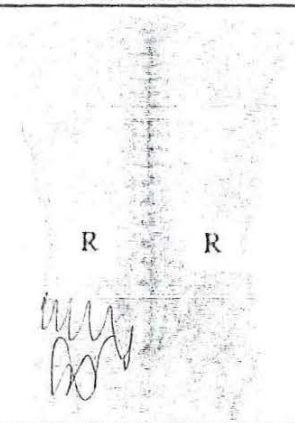
Dolor lumbar Izq

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

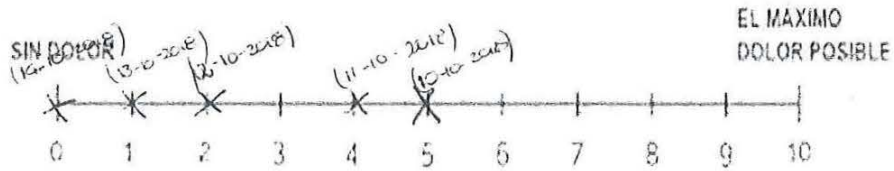
Presión arterial	F. Respirat	Peso/kg.	60	Talla	1.64	I.M.C.	22.3
------------------	-------------	----------	----	-------	------	--------	------

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	✓	
8. DG. NATUROPATICO				
Exceso de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 10-10-2018

FECHA2: 11-10-2018

FECHA3: 12-10-2018

FECHA4: 13-10-2018

FECHA5: 14-10-2018

FECHA6:



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres					
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación				
16	M	<input checked="" type="checkbox"/> F	S	C	D	V	U.L.				
Dirección						Fecha de Nacimiento					

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar 129

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Alergias desde los 3 años

AGO

Menarquia		FUM		G		P		A		C		HV	HM	PF		CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual															

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	<input checked="" type="checkbox"/> 4. CANCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	---	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar 129 que irradia hacia la nalga con una intensidad de 5/10, dolor punzante, inicio por realizar deportes en el colegio, hace 1 mes ha tomado ibuprofeno para el dolor.

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

Alergias

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

Dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

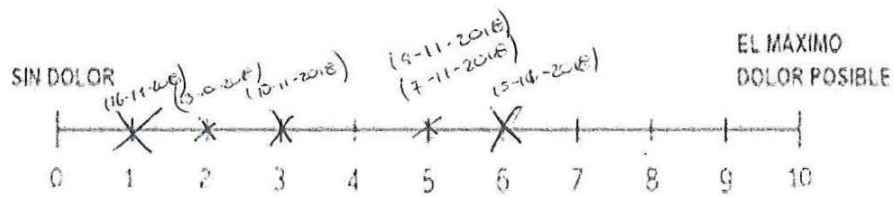
Presión arterial	120/80	F. Respirat	Peso/kg.	66	Talla	1,86	I.M.C.	19
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección	Palpación	Marcar Zona Afectada		
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos		
8.	DG. NATUROPATICO			
	Estancamiento de Sangre.			

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 5-11-2018

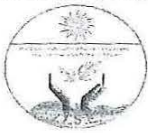
FECHA2: 7-11-2018

FECHA3: 9-11-2018

FECHA4: 10-11-2018

FECHA5: 13-10-2018

FECHA6: 16-11-2018



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

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres					
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación				
24	M	<input checked="" type="checkbox"/> F	S	<input checked="" type="checkbox"/> C	D	V	U.L.	Estudiante			
Dirección						Fecha de Nacimiento					
Sanagoy						23-JUN-1995					

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	<input checked="" type="checkbox"/> 2. DIABETES	3. HIPERT.	<input checked="" type="checkbox"/> 4. CANCER	<input checked="" type="checkbox"/> 5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	---	------------	---	---	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar izq que irradia hacia el muslo con intensidad de 6/10, dolor punzante. inicio hace 3 días jugando bolley. Ha tomado antiinflamatorios

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

Dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

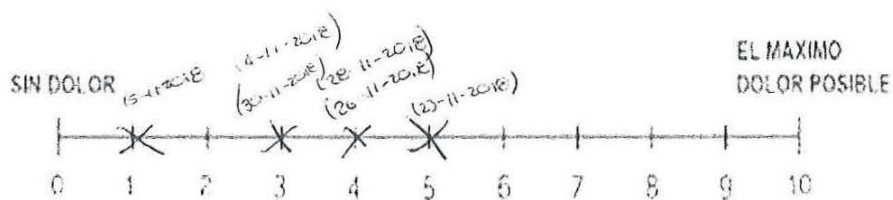
Presión arterial	120/80	F. Respirat	Peso/kg.	62	Talla	1.65	I.M.C.	23
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	SP	5. Superficial		
2. Cicatrices	SP	6. Profunda	-	
3. Estrias	SP	7. Puntos Dolorosos	-	
8. DG. NATUROPATICO				
D Estancamiento de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 23-11-2018

FECHA2: 26-11-2018

FECHA3: 28-11-2018

FECHA4: 30-11-2018

FECHA5: 4-12-2018

FECHA6: 5-11-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres					
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación				
42	M	F	S	C	D	V	U.L.	Empleado Doméstico			
Dirección						Fecha de Nacimiento					
Sampiqui						11 - MAY - 1976					

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Hígado graso 40 años
Cesárea 25 años

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CANCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar en ambos lados con irradiación hacia nalgas con intensidad de 5/10, dolor punzante, inicio por alzar fondos de basura hace 2 días. Ha tomado antiinflamatorios

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

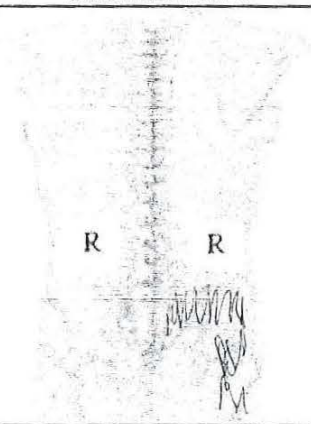
Dolor Muscular

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

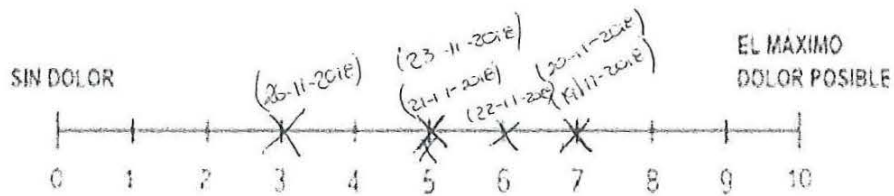
Presión arterial	123/78	F. Respirat	Peso/kg.	62	Talla	1.55	I.M.C.	25
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda	/	
3. Estrías	/	7. Puntos Dolorosos	/	
8. DG. NATUROPATICO				
Dificil de Reson				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 19-11-2018

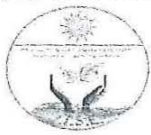
FECHA2: 20-11-2018

FECHA3: 21-11-2018

FECHA4: 22-11-2018 (realizo esfuerzo levantando maletas)

FECHA5: 23-11-2018

FECHA6: 26-11-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres					
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación				
52	M	/	F	S	C	/	D	V	U.L.	Jubilada	
Dirección						Fecha de Nacimiento					
Club Los Chillos						20-AGOS - 1987					

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

hipertensión a los 50 años, artrosis a los 50 años

AGO

Menarquia		FUM		G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS
Menopausia		Características del período menstrual																

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CANCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar lado der que irradia hacia el muslo con una intensidad de 7/10, dolor punzante, inicio al bajar del bus hace 1 mes sintió una punzada en la nalga.

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

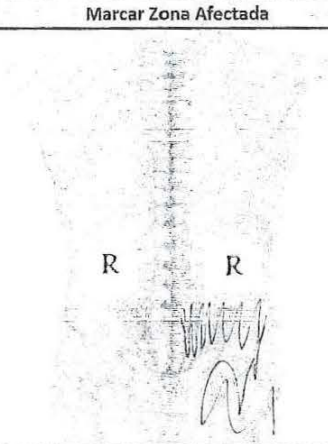
MUSCULOESQUELETICO

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

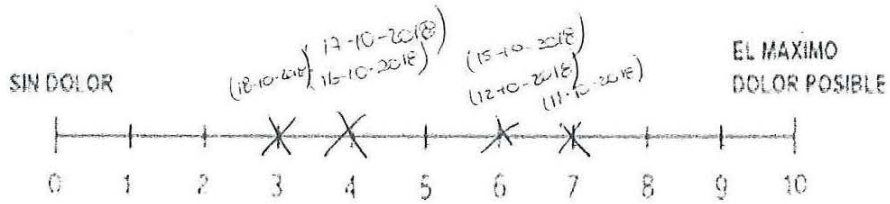
Presión arterial	124/76	F. Respirat	Peso/kg.	57	Talla	1.57	I.M.C.	23
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	6.1	5. Superficial		
2. Cicatrices	6.1	6. Profunda	✓	
3. Estrías	6.1	7. Puntos Dolorosos	✓	
8. DG. NATUROPATICO				
Deficit de Ac de Piñon				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 11-10-2018

FECHA2: 12-10-2018

FECHA3: 15-10-2018

FECHA4: 16-10-2018

FECHA5: 17-10-2018

FECHA6: 18-10-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos		Nombres	
Edad	Sexo	Estado Civil	Ocupación
42	M	D	Amo de Casa
Dirección		Fecha de Nacimiento	
Los Angeles, CA		29 - JUL - 1976	

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

frecuentes gripes de 5-10 años
 cirugía vesícula a los 26
 2 cesáreas 26-38

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-----------	------------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar der. que irradia hacia la rodilla con intensidad de 7/10 más el dolor hace 3 meses al realizar quejido de su jardín, he tomado desinflamatorios dolor quemante

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

gripes

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

Dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

Presión arterial	120/80	F. Respirat	Peso/kg.	80	Talla	1.67	I.M.C.	26
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda	-	
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	C.P.	
8. DG. NATUROPATICO				
Estomago de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.



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

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres			
Edad		Sexo		Estado Civil				Ocupación	
72		M F <input checked="" type="checkbox"/>		S C <input checked="" type="checkbox"/> D V				U.L. Ama de Casa	
Dirección						Fecha de Nacimiento			
Molinos de Uiento						25 - DIC - 1946			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

3 Cesarea a los 25 años, herpes, artros

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CANCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar con intensidad de 6/10 que irradia hasta el pie, dolor quemante, inicio por agacharse a recoger una planta, dolor más en la noche.

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

Herpes

MUSCULOESQUELETICO

Dolor rodilla, Dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

Presión arterial	130/80	F. Respirat	Peso/kg.	64	Talla	1.58	I.M.C.	25
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P	6. Profunda	/	
3. Estrías	P.P	7. Puntos Dolorosos	C.P	
8. DG. NATUROPATICO				
Estancamiento de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	C.P.	
8. DG. NATUROPATICO				
(Exceso) Estancamiento de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

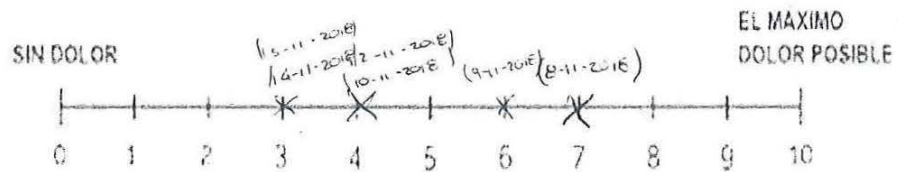
1. DATOS DE FILIACIÓN											
Apellidos						Nombres					
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación				
43	M	F	S	C	D	V	U.L.	Empleada Domestica			
Dirección						Fecha de Nacimiento					
Lucha de los pobres Guaya						13 - FEB - 1975					
2 MOTIVO DE CONSULTA											
Dolor lumbar											
3 ANTECEDENTES PERSONALES											
Higado grueso 38 años											
AGO											
Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS		
Menopausia	Características del período menstrual										
3 ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO			
4 ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere dolor lumbar der con irradiación hacia rodilla con intensidad de 7/10, inicio hace 1 mes por levantar el peso, dolor quemante, duele a la noche, se inyectó antiinflamatorios											
5. REVISIÓN DE SISTEMAS											
RESPIRATORIO											
CIRCULATORIO											
GASTROINTESTINAL											
URINARIO											
ENDOCRINOLOGICO											
MUSCULOESQUELETICO											
Dolor lumbar											
NEUROLOGICO											
6. EXAMEN FÍSICO											
SIGNOS VITALES											
Presión arterial	120/78	F. Respirat	Peso/kg.	60	Talla	1,55	I.M.C.	25			

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	CP	
8. DG. NATUROPATICO				
Estancamiento de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 8-11-2018

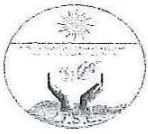
FECHA2: 9-11-2018

FECHA3: 10-11-2018

FECHA4: 12-11-2018

FECHA5: 14-11-2018

FECHA6: 15-11-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres			
Edad	Sexo		Estado Civil			Ocupación			
38	M	F	S	C	D	V	U.L.	Profesora	
Dirección					Fecha de Nacimiento				
La Armenia					24-5-1978				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Artroscopia rodilla 129 33
Cesarea 38

AGO

Menarquia		FUM		G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS
Menopausia		Características del período menstrual																

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Dolor lumbar 129 que irradia hacia la rodilla con una intensidad de 7/10, dolor punzante, inicio al realizar ejercicio (trabaja) hace 2 semanas, el dolor se intensifica en las mañanas

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

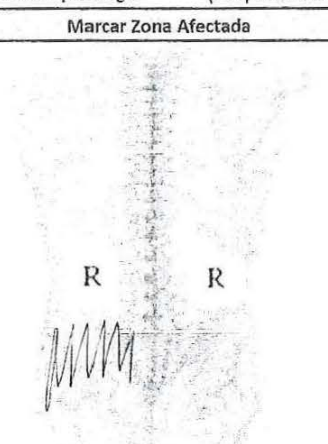
dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

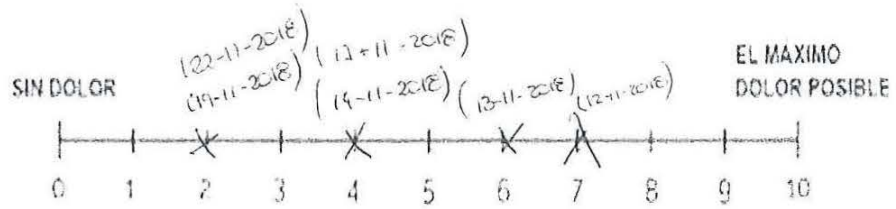
Presión arterial	129/76	F. Respirat	Peso/kg.	69	Talla	1.53	I.M.C.	25
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda	-	
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	-	
B. DG. NATUROPATICO				
Estancamiento de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 12-11-2018

FECHA2: 13-11-2018

FECHA3: 14-11-2018

FECHA4: 17-11-2018

FECHA5: 19-11-2018

FECHA6: 27-11-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres					
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación				
34	M	F	S	C	D	V	U.L.	Dueña de casa / Empleada P.R.			
Dirección						Fecha de Nacimiento					
Conocato						01-JUN-1984					

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Bronquitis a los 23 años
Lesiones a los 28 y 33

AGO

Menarquia		FUM		G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual																	

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CANCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar del con intensidad de 5/10, que irradia hacia la nalga del, dolor quemante, inicio al alzar a su niño sintió una punzada ha tomado antiinflamatorios

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

Bronquitis

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

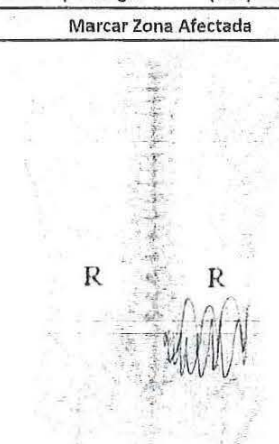
Dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

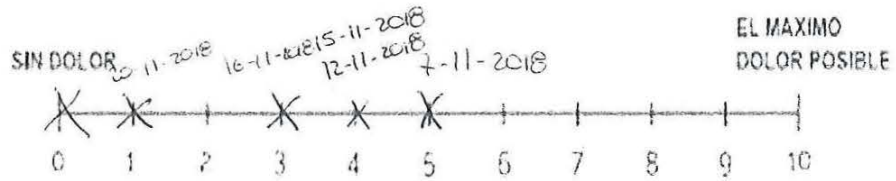
Presión arterial	120/80	F. Respirat	Peso/kg.	65	Talla	1.66	I.M.C.	23.6
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	------

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda	/	
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	CF	
8. DG. NATUROPATICO				
(Exceso) de Estancamiento de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: (7-11-2018)

FECHA2: 12-11-2018

FECHA3: 15-11-2018

FECHA4: 16-11-2018

FECHA5: 20-11-2018

FECHA6: 23-11-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres			
Edad	Sexo	Estado Civil				Ocupación			
36	M	F	S	C	D	V	U.L.	Empleado Publica	
Dirección						Fecha de Nacimiento			
Comacoto						25 - DIC - 1981			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AGO

Menarquia		FUM		G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS	
Menopausia		Características del período menstrual																	

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	<input checked="" type="checkbox"/>	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. HIPERT.		4. CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/>	5. TUBERC		6. E. MENTA		7. E. INFECC		8. MALFORM		9. OTRO	
--------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	------------	--	-----------	-------------------------------------	-----------	--	-------------	--	--------------	--	------------	--	---------	--

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar, dev que irradia hacia los nalga der con intensidad de 3/10 inicio por (baje) estar sentada muchas horas hace 5 días y hace 2 meses murió su padre, dolor punzante

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

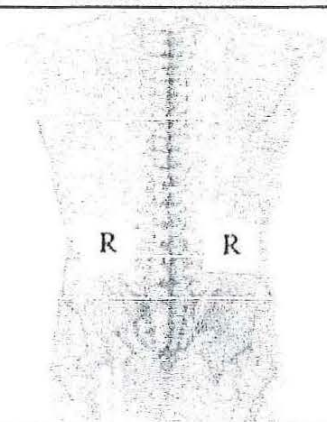
Dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

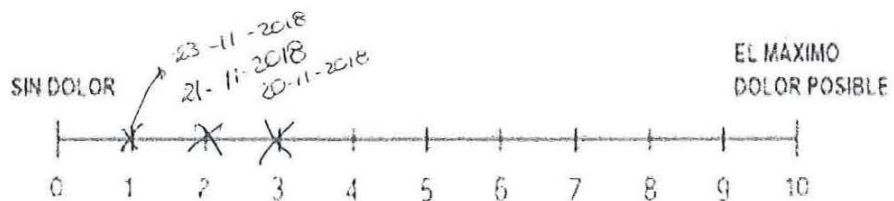
Presión arterial	130/78	F. Respirat		Peso/kg.	70	Talla	1.64	I.M.C.	26
------------------	--------	-------------	--	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos		
8. DG. NATUROPATICO				
E - - - de Sangre -				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 20-11-2018

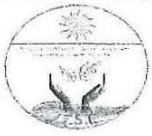
FECHA2: 21-11-2018

FECHA3: 23-11-2018

FECHA4:

FECHA5:

FECHA6:



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres			
Edad	Sexo		Estado Civil			Ocupación			
37	M	F	S	C	D	V	U.L.	Empleado Público	
Dirección					Fecha de Nacimiento				
Conocoto					16 - Oct - 1982				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Apendicitis 27
 fractura tobillo 30
 Cesárea 34

AGO

Menarquia		FUM		G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS
Menopausia		Características del período menstrual																

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar izquierdo con irradiación hacia las piernas con intensidad de 7/10, más el dolor por una caída jugando basket, hace 1 semana

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

fractura tobillo, dolor lumbar

NEUROLOGICO

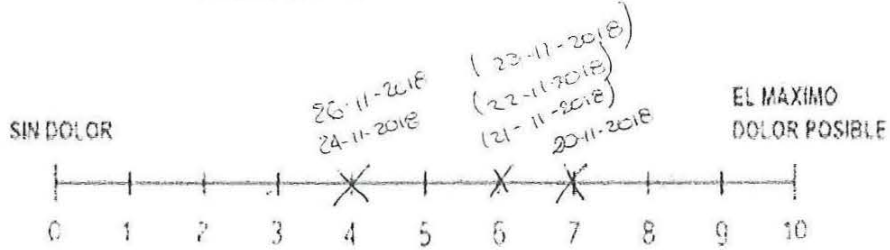
6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

Presión arterial	100/60	F. Respirat	Peso/kg.	70	Talla	1.64	I.M.C.	26
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	----

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 20-11-2018

FECHA2: (21-11-2018)

FECHA3: 22-11-2018

FECHA4: 23-11-2018

FECHA5: 24-11-2018

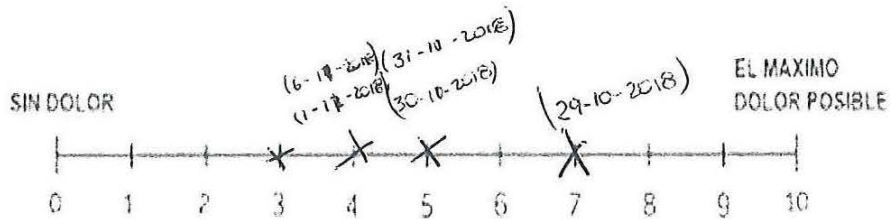
FECHA6: 26-11-2018

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos		
8. DG. NATUROPATICO				
Deficit de Qi Riñon				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 29-10-2018

FECHA2: 30-10-2018

FECHA3: 31-10-2018

FECHA4: (1-11-2018)

FECHA5: (2-11-2018)

FECHA6: (6-11-2018)



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres			
Edad	Sexo	Estado Civil				Ocupación			
34	M	F	S	C	D	V	U.L.	Dueña de casa / Empleado Pp	
Dirección					Fecha de Nacimiento				
Conaco					01-JUN-1984				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Bronquitis a los 23 años
Cesarea a los 28 y 33

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1.CARDIOPAT	2.DIABETES	3.HIPERT.	4.CÁNCER	5.TUBERC	6.E.MENTA	7.E.INFECC	8.MALFORM	9.OTRO
-------------	------------	-----------	----------	----------	-----------	------------	-----------	--------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar der con intensidad de 5/10, que irradia hacia la nalga der, dolor quemante, inicio al alzar a su niña, sintió una punzada, ha tomado antiinflamatorios

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

Bronquitis

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

Dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

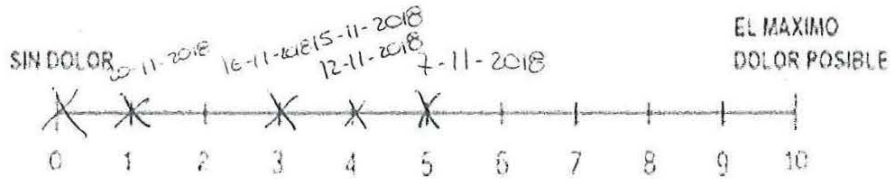
Presión arterial	120/80	F. Respirat	Peso/kg.	65	Talla	1.66	I.M.C.	23.6
------------------	--------	-------------	----------	----	-------	------	--------	------

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda	/	
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	CP	
8. DG. NATUROPATICO				
(Exceso) de Estancamiento de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 7-11-2018

FECHA2: 12-11-2018

FECHA3: 15-11-2018

FECHA4: 16-11-2018

FECHA5: 20-11-2018

FECHA6: 23-11-2018



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPIÓ

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres					
Edad	Sexo		Estado Civil				Ocupación				
36	M	F	<input checked="" type="checkbox"/>	S	C	<input checked="" type="checkbox"/>	D	V	U.L.	Empleada Pública	
Dirección						Fecha de Nacimiento					
Concepción						25 - Dic - 1981					

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

AGO

Menarquia		FUM		G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS	
Menopausia		Características del período menstrual																	

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	<input checked="" type="checkbox"/>	2. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	3. HIPERT.		4. CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/>	5. TUBERC.		6. E.MENTA		7. E.INFECC		8. MALFORM		9. OTRO	
--------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	------------	--	-----------	-------------------------------------	------------	--	------------	--	-------------	--	------------	--	---------	--

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar dev que irradia hacia las nalgas der con intensidad de 3/10 inicio por viaje) está sentada muchas horas hace 5 días y hace 2 meses murió su padre. dolor punzante

5. REVISIÓN DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

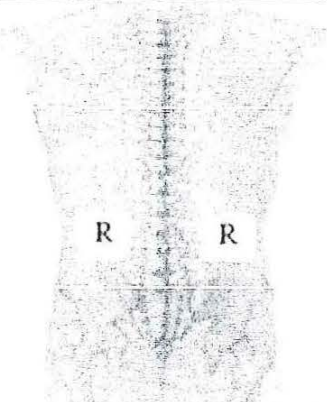
Dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

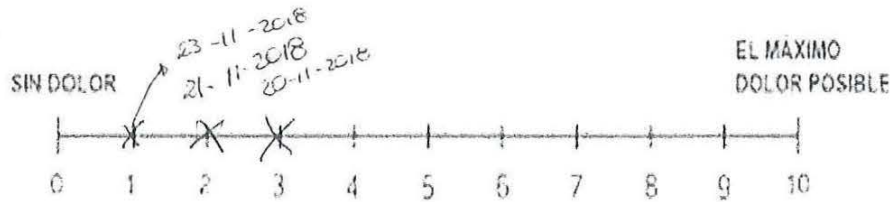
Presión arterial	130/78	F. Respirat		Peso/kg.	70	Talla	1,64	I.M.C.	26
------------------	--------	-------------	--	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	✓	
8. DG. NATUROPATICO				
E - - - de Sangre -				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 20-11-2018

FECHA2: 21-11-2018

FECHA3: 23-11-2018

FECHA4:

FECHA5:

FECHA6:



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

		Apellidos				Nombres			
Edad	Sexo	Estado Civil				Ocupación			
37	M	F	S	C	D	V	U.L.	Empleado Público	
Dirección.					Fecha de Nacimiento				
Conocoto					16 - OCT - 1982				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar

3 ANTECEDENTES PERSONALES

Apendicitis 27
 fractura tobillo 30
 Cesárea 34

AGO

Menarquia		FUM		G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS
Menopausia		Características del periodo menstrual																

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CANCER	5. TUBERC	6. E. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor lumbar izquierdo con irradiación hacia las piernas con intensidad de 7/10, inició el dolor por una caída jugando basket, hace 1 semana

5. REVISION DE SISTEMAS

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

GASTROINTESTINAL

URINARIO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

fractura tobillo, dolor lumbar

NEUROLOGICO

6. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

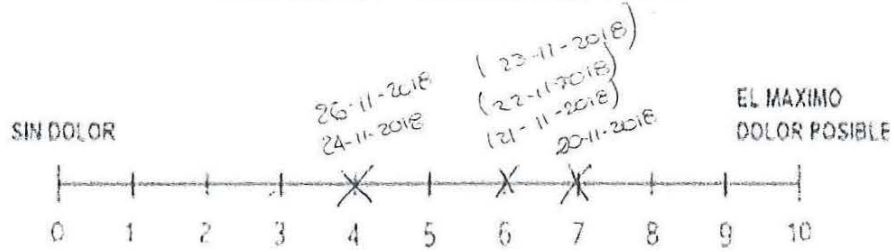
Presión arterial	100/80	F. Respirat		Peso/kg.	70	Talla	1.64	I.M.C.	26
------------------	--------	-------------	--	----------	----	-------	------	--------	----

7. Espalda Baja (lumbares)		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada
1. Manchas	S.P.	5. Superficial		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda	-	
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	CD	
8. DG. NATUROPATICO				
Estomac. de Sangre				

Andrea Roldán (2018) Formato de Historia Clínica. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



FECHA1: 20-11-2018

FECHA2: 21-11-2018

FECHA3: 22-11-2018

FECHA4: 23-11-2018

FECHA5: 24-11-2018

FECHA6: 26-11-2018

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl: domiciliado en San José de Río de la ciudad de
San José en calidad de paciente o como representante del paciente
 autorizo a Andrea Roldán G. PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>Aplicación de ventosas calientes</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD: FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: Andrea Roldán G.

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 CI:, domiciliado en SANGOLQUÍ de la ciudad de
SANGOLQUÍ en calidad de paciente o como representante del paciente
 autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

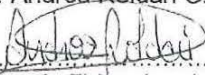
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>Aplicación de ventosas calientes</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No...	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:.....

C. DE IDENTIDAD:..... FIRMA:.....

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: 

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 C.I.:, domiciliado en Armas 1 de la ciudad de Quito en calidad de paciente o como representante del paciente, autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>Aplicación de Ventosas Calientes</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No...	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD:

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G.

C. DE IDENTIDAD: 1712580313

FIRMA: 

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl: domiciliado en Los Angeles de la ciudad de
California en calidad de paciente o como representante del paciente
 autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>Aplicación de ventosas calientes</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:.....

C. DE IDENTIDAD:..... FIRMA:.....

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: Andrea Roldán

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl:, domiciliado en S. D. Roldán de la ciudad de
Quito en calidad de paciente o como representante del paciente
, autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>la aplicación de ventosas calientes</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No...	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD:

FIRMA: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G.

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: [Firma]

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl:....., domiciliado en(CHICAGO)..... de la ciudad de
QUITO..... en calidad de paciente o como representante del paciente
 autorizo a Andrea Roldán G., PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Me indico que el tratamiento consiste en: ...TECACA... VENTOSAS
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No...	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:.....

C. DE IDENTIDAD:..... FIRMA:.....

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA:.....

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 CI: domiciliado en de la ciudad de
 en calidad de paciente o como representante del paciente
, autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

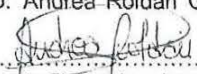
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Me indico que el tratamiento consiste en: VENTOSAS.....
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No...	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD: FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: 

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 CI: domiciliado en *Armas* de la ciudad de
 *Quito* en calidad de paciente o como representante del paciente
 autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Me indico que el tratamiento consiste en: <i>...aplicación ...de ventosas calientes...</i>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No...	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:.....

C. DE IDENTIDAD:..... FIRMA: *[Firma]*

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: *[Firma]*

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl: domiciliado en Armenia de la ciudad de
Quito en calidad de paciente o como representante del paciente
, autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Me indicó que el tratamiento consiste en: <u>Vendajes e</u> <u>calentamiento</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No...	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD: FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: 

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl: domiciliado en Los Angeles de la ciudad de
 California en calidad de paciente o como representante del paciente
 01992174 autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>Ventosas</u> <u>calientes</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No...	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD:

FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: Andrea Roldan

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl:, domiciliado en Salanda de la ciudad de
 Quito en calidad de paciente o como representante del paciente
 autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

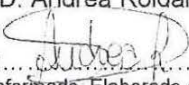
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>TERAPIA CON VENTOSAS</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No...	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD: FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: 

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl:....., domiciliado en CASINORAMA de la ciudad de
 en calidad de paciente o como representante del paciente
, autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Me indico que el tratamiento consiste en:
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:.....

C. DE IDENTIDAD:..... FIRMA:.....

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA:.....

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo SAVEDRA QUINTERO con Cl. 123456789 domiciliado en CALLE DALWAS 49 de la ciudad de SAVEDRA QUINTERO en calidad de paciente o como representante del paciente autorizo a Andrea Roldán G. PARA LA APLICACIÓN TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6 días previo a lo cual

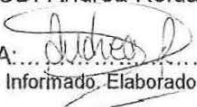
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>TERAPIA CON VENTOSAS</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE: SAVEDRA QUINTERO

C. DE IDENTIDAD: 123456789 FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G.

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: 

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl:..... domiciliado en El Club Los Chillos de la ciudad de
Santiago en calidad de paciente o como representante del paciente
 autorizo a Andrea Roldán G. PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI ...	No...	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>TERAPIA CON VENTOSAS</u>
SI ...	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden 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 garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

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

NOMBRE DEL PACIENTE:.....

C. DE IDENTIDAD:..... FIRMA: M. Roldán

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA:.....

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 CI: Sanzolga domiciliado en Holmes de Uruetú de la ciudad de
 en calidad de paciente o como representante del paciente
 autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES, EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>aplicación de ventosas calientes</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No...	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD: FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: Andrea Roldán

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 C.I:, domiciliado en de la ciudad de
 en calidad de paciente o como representante del paciente
, autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual


SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>Aplicación de ventosas calientes</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No...	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD: FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: 

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

Yo con
 CI..... domiciliado en de la ciudad de
 en calidad de paciente o como representante del paciente
, autorizo a Andrea Roldán G. PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI ...	No...	Me indico que el tratamiento consiste en:
SI ...	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento 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 garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi 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

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

NOMBRE DEL PACIENTE:.....

C. DE IDENTIDAD:..... FIRMA:.....

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA:.....

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl:....., domiciliado en Sancti Spiritus de la ciudad de
Cuba en calidad de paciente o como representante del paciente
 autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>Aplicación de ventosas calientes</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:.....

C. DE IDENTIDAD:..... FIRMA:.....

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: Andrea Roldán

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 C.I., domiciliado en Los Pinos de la ciudad de
 en calidad de paciente o como representante del paciente
, autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>Aplicacion ventosas</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD: FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: 

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl:, domiciliado en Concepción de la ciudad de
 en calidad de paciente o como representante del paciente
, autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>Aplicación</u> <u>ventosas</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD: FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: Andrea Roldán

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Ci:, domiciliado en Yecón de la ciudad de
 en calidad de paciente o como representante del paciente
, autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>terapia Ventosas</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD: FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: Andrea Roldán

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl.:, domiciliado en de la ciudad de
 en calidad de paciente o como representante del paciente
, autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Me indico que el tratamiento consiste en: <i>VENOSAS</i>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD: FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: *Andrea Roldán*

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl., domiciliado en Manta de la ciudad de
 en calidad de paciente o como representante del paciente
, autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

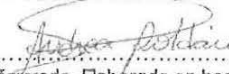
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>Ventosas calientes</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No...	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No...	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD:..... FIRMA:.....

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: 

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado-Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 C.I: domiciliado en de la ciudad de
 en calidad de paciente o como representante del paciente
 autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Me indico que el tratamiento consiste en: <i>Ventosas</i>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. DE IDENTIDAD: FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: *Andrea Roldán*

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
 Cl., domiciliado en Conocota de la ciudad de
 en calidad de paciente o como representante del paciente
, autorizo a Andrea Roldán G, PARA LA APLICACIÓN
 TERAPEUTICA DE VENTOSAS CALIENTES , EN EL DOLOR LUMBAR, en un periodo de 6
 días previo a lo cual

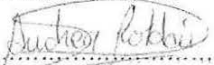
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Me indico que el tratamiento consiste en: <u>Ventosas</u>
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	Comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza en 100% los resultados que esperados con el procedimientos terapéuticos, ya que la eficacia del mismo depende no solo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir y de la condición propia de mi enfermedad
SI <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	No... <input type="checkbox"/>	He leído este documento en su totalidad

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

NOMBRE DEL PACIENTE:.....

C. DE IDENTIDAD:..... FIRMA:.....

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Andrea Roldán G..

C. DE IDENTIDAD: 1712580313 FIRMA: 

Andrea Roldán (2018) Formato de Consentimiento Informado. Elaborado en base a formato entregado por el ISTE