

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “ESCULAPIO”

I.S.T.E.

REGISTRO SENESCYT No. 17-061

ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES

2019

APLICACIÓN DE CATAPLASMA CON CURCUMA PARA
DISMINUIR DOLORES ARTICULARES EN RODILLAS POR
ARTRITIS A LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA TARQUI
UBICADA EN LA PARROQUIA DE CALDERON DE LA CIUDAD DE
QUITO

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

SANDRA SILBIA VILLARES GAVILANEZ

DR. RICARDO VEJAR

RESUMEN

El presente trabajo de investigación contribuye con información confiable sobre los beneficios de las aplicaciones terapéuticas de la cúrcuma, y lograr que se le dé el uso adecuado, consiguiendo así aprovechar al máximo sus múltiples cualidades terapéuticas.

La cúrcuma longa se ha utilizado como medicina desde la antigüedad, es una planta originaria del sureste asiático, conocida mundialmente como especia aromática, utilizada en la gastronomía, los compuestos fotoquímicos presentes en su rizoma anaranjado característico, los curcuminoides, le confieren a esta planta importantes propiedades medicinales, detallando sus aspectos botánicos, su origen, datos históricos, su composición nutricional y compuestos característicos, así como las variedades que existen y las formas de cultivarlas.

En este trabajo se da a conocer en los diferentes capítulos información certera y los aspectos más relevantes sobre las propiedades físico químicas, su cultivo, los mecanismos de acción en las diferentes aplicaciones terapéuticas y la elaboración de un preparado a base de cúrcuma para los dolores articulares.

Se realiza el análisis para verificar la efectividad del tratamiento a personas mayores de 35 años, obteniendo una reducción de los dolores en la rodilla tanto en la intensidad del dolor, la impotencia funcional y el nivel de tumefacción.

Palabras claves: Emplasto, dolor, impotencia funcional, tumefacción, artritis

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

CERTIFICO QUE ESTE TRABAJO “APLICACIÓN DE CATAPLASMA CON CURCUMA PARA DISMINUIR LOS DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLAS A LOS INTEGRANTES DE LA ESCUELA TARQUI UBICADA EN LA PARROQUIA DE CALDERON DE LA CIUDAD DE QUITO” FUE REALIZADO POR: SANDRA SILVIA VILLARES GAVILANEZ

Quito, 14 de diciembre del 2018

Dr., Ricardo Vejar

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

CERTIFICO QUE ESTE TRABAJO "APLICACIÓN DE CATAPLASMA CON CURCUMA PARA DISMINUIR LOS DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLAS A LOS INTEGRANTES DE LA ESCUELA TARQUI UBICADA EN LA PARROQUIA DE CALDERON DE LA CIUDAD DE QUITO" FUE REALIZADO POR: SANDRA SILVIA VILLARES GAVILANEZ

Quito, 14 de diciembre del 2018

Dr., Ricardo Vejar

ESTE TRABAJO DE INVESTIGACION SE PRESENTA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PREVIOS PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE TECNOLOGO EN NATUROPATIA POR LO QUE AUTORIZO AL INSTITUTO SUPERIOR ESCULAPIO PARA QUE HAGA USO DE ESTE TRABAJO Y SU CONTENIDO COMO UN DOCUMENTO DISPONIBLE PARA SU LECTURA SEGÚN LAS NORMAS DE LA INSTITUCION.

CEDO AL INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO LOS DERECHOS DE PUBLICACION DE ESTE TRABAJO O DE SUS PARTES, MANTENIENDO MIS DERECHOS DE AUTOR HASTA POR UN PERIODO DE "TRES AÑOS CONTADOS DESPUES DE SU APROBACION"

Sandra Villares

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios, a mis dos hermosas hijas. A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mi esposo e hijas por haberme comprendido y sacrificado su tiempo mientras cursaba los estudios, y de manera especial a mi querida mamá que desde el cielo sé que ha de estar feliz que he cumplido mi meta y que a lo largo de su vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento de mi capacidad.

Sandra Villares

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; a cada uno de los que son parte de mi familia a mis hijas, Valevska y Jenedith, por haberme dado su fuerza y apoyo incondicional, que me han ayudado y llevado hasta donde estoy. A todos los maestros que conforman el instituto y que compartieron sus conocimientos durante la carrera para desarrollarme profesionalmente para aplicarlos a futuro.

No puedo dejar de expresar también mi agradecimiento al director de tesis Dr. Ricardo Vejar, por su apoyo y valiosa colaboración en el desarrollo de este tema.

Sandra Villares

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA	iii
CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA	iv
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: METODOLOGIA	6
1.1 Proceso de investigación.....	7
1.2. Universo y muestra.	7
1.3 Variables	8
1.3.1. Variable independiente	8
1.3.2. Variable dependiente	8
1.3.3 Limitaciones	8
CAPITULO II: MARCO TEÒRICO.....	9
2.1 La cúrcuma (Cúrcuma Longa Linn)	9
2.1.2 Clasificación taxonómica de la cúrcuma	10
2.1.3 Descripción botánica.....	10
2.1.4 Composición nutricional:	10
2.1.5 Composición química.	11
2.1.6 Actividad antiinflamatoria	11
2.1.7 Variedades de Cúrcumas.....	12
2.1.8 Cosecha y recolección.	12
2.1.9 Propiedades terapéuticas.....	12
2.1.10 Usos medicinales.....	12
2.1.11 Contraindicaciones	13
2.2 Cataplasma	13
2.1.2 Preparación.....	13
2.2 Articulaciones	14
2.2.1 Clasificación de las articulaciones.....	15
2.2.2 Anatomía de la rodilla.....	17
2.2.3 Músculos.	17
2.2.4 Tendones y ligamentos	18

2.3	Movimientos de las rodillas.....	19
2.4	La artritis.....	19
2.4.1	Tipos y las causas de la artritis.....	20
2.4.2.	Síntomas de la artritis y sus las complicaciones.....	21
2.4.3.	Población afectada por la artritis.....	22
CAPITULO III: RECOLECCION E INTERPRETACION.....		23
3.1	Recolección de información.....	23
3.1.1	Elaboración de cataplasma.....	23
3.1.2	Generalidades del tratamiento.....	24
3.1.3	Consentimiento informado.....	25
3.1.4	Encuesta.....	27
3.1.5	Historia clínica.....	28
3.2	Interpretación inicial.....	31
3.2.1	Recolección de la información inicial.....	31
3.2.2	Número de personas seleccionadas.....	31
3.2.3	Dolor inicial según la escala analógica visual (Eva).....	32
3.2.4	Tiempo que presentan dolor en rodilla los participantes.....	33
3.2.5	Parte afectada de la rodilla con dolor.....	34
3.2.6	Edad de los pacientes que inició el dolor.....	35
3.2.7	Frecuencia de tumefacción inicial en rodilla.....	36
3.2.8	Nivel de tumefacción a los pacientes participantes según la escala analógica visual (Eva).....	37
3.2.9	Nivel de impotencia funcional de los pacientes en rodilla.....	38
3.3	Aplicación de la segunda encuesta.....	40
3.3.1	Dolor final según la escala analógica visual (Eva).....	40
3.3.2	Nivel de tumefacción final a los pacientes según la escala analógica visual (Eva).....	41
3.3.3	Nivel de impotencia funcional de los pacientes en rodilla.....	42
3.4	Interpretación de datos.....	43
3.5	Resultado inicial y final del trabajo de investigación.....	43
3.5.1	Dolor inicial y final según la escala visual analógica visual (Eva).....	43
3.5.2	Nivel de tumefacción inicio y final según la escala analógica visual (Eva).....	44
3.5.3	Nivel de impotencia funcional inicial y final en los pacientes.....	45
CONCLUSIONES.....		46
RECOMENDACIONES.....		47

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	50

INDICE DE GRÁFICOS

Grafico N° 1 Planta de cúrcuma.....	9
Grafico N° 2 Articulaciones	14
Grafico N° 3 Anatomía de la rodilla.....	19
Grafico N° 4 Cúrcuma Molida	23
Grafico N° 5 Cúrcuma en la gasa	24
Gráfico N° 6 Aplicación de cúrcuma	24
Gráfico N° 7 Escala analógica visual (EVA).....	25
Gráfico N° 8 Modelo de consentimiento.....	26
Grafico N° 9 Modelo de encuesta	27
Gráfico N° 10 Historia Clínica	28
Gráfico N° 11 Escala del dolor inicial.....	32
Grafico N° 12 Tiempo que presenta el dolor.....	33
Gráfico N° 13 Parte de la rodilla afectada.....	34
Gráfico N° 14 Edad de inicio del dolor	35
Gráfico N° 15 Frecuencia de tumefacción inicial de rodilla	36
Gráfico N° 16 Escala de tumefacción en las rodilla	37
Gráfico N° 17 Impotencia funcional.....	38
Gráfico N° 18 Escala analógica (Eva) de dolor	40
Grafico N° 19 Escala de tumefacción	41
Grafico N° 20 Impotencia funcional de rodilla	42
Gráfico N° 21 ° Escalas analógica Eva dolor inicial y final.....	43
Gráfico N° 22 Tumefacción inicial y final.....	44
Grafico N° 23 Impotencia funcional inicial y final	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Número de personas seleccionadas por género.....	31
Tabla 2 Escala de dolor inicial	32
Tabla 3 Tiempo que presenta el dolor	33
Tabla 4 Parte de rodilla con dolor	34
Tabla 5 Edad de inicio del dolor.....	35
Tabla 6 Frecuencia de tumefacción inicial	36
Tabla 7 Escala de tumefacción en las rodillas	37
Tabla 8 Impotencia funcional	38
Tabla 9 Escala analógica (Eva) dolor final.....	40
Tabla 10 Escala de tumefacción final	41
Tabla 11 Impotencia funcional de rodilla después del tratamiento.....	42

INTRODUCCIÓN

El propósito de la presente investigación es aportar con información para que la sociedad pueda tener una fuente de información confiable y conozca sobre los beneficios de las aplicaciones terapéuticas de la cúrcuma, y lograr que se le dé el uso adecuado, consiguiendo así aprovechar al máximo sus múltiples cualidades terapéuticas.

“La cúrcuma longa se ha utilizado como medicina desde la antigüedad es una planta de la Familia Zingiberacea originaria del sureste asiático es conocida mundialmente como especia aromática, utilizada en la gastronomía asiática para dar un toque de color y sabor picante a los platos. Los compuestos fotoquímicos presentes en su rizoma anaranjado característico, los curcuminoides, le confieren a esta planta importantes propiedades medicinales. Este trabajo tiene como objetivo realizar una descripción panorámica de la cúrcuma, detallando sus aspectos botánicos, su origen, datos históricos y gastronómicos, los diferentes usos que se le dan en la industria, su composición nutricional y compuestos característicos, así como las variedades que existen y las formas de cultivarlas”. (cit. en Saiz de Coz,2014: pp.84)

En esta investigación en los diferentes capítulos se dará a conocer información certera y los aspectos más relevantes sobre las propiedades físico químicas, su cultivo, los mecanismos de acción en las diferentes aplicaciones terapéuticas y la elaboración de un preparado galénico a base de cúrcuma para aliviar dolores articulares en rodillas.

El objetivo general es aplicar cataplasma de cúrcuma para disminuir el dolor articular por artritis en rodillas a las personas que las padecen.

Los objetivos específicos son los siguientes: Conocer las características y propiedades de la cúrcuma para la aplicación en los diferentes tratamientos como medicina alternativa, determinar la edad que con frecuencia inicia el dolor articular en rodilla a los estudiantes de la escuela Tarqui, comprobar si la cataplasma de cúrcuma ayuda a disminuir el dolor, tumefacción y la impotencia funcional.

Los antecedentes del lugar donde se va a realizar la investigación. Es el distrito número 17D02 de la parroquia de Calderón donde se encuentra la escuela fiscal "Tarqui" con aproximadamente 400 alumnos de la educación inclusiva en la sección nocturna; de los cuales son estudiantes mayores de edad ,y la mayoría tiene dolores articulares en rodillas que por sus recursos limitados no han podido realizarse tratamientos mediante el uso de la medicina ortodoxa tradicional, por esta razón se plantea una alternativa de tratamiento natural para dolores articulares por artritis en rodillas con la cúrcuma longa aprovechando sus propiedades. (Dirección, 2016)

La curcumina tiene varios efectos medicinales comprobados científicamente, como la reducción de inflamación en casos de artritis, prevención de arteriosclerosis, efectos hepatoprotectores, desordenes respiratorios, gastrointestinales, afecciones de la piel como psoriasis o eczemas, prevención de cáncer y capacidad antioxidante

La curcumina tiene varios efectos medicinales comprobados científicamente,
(Saez de Cos, 2014:pp.86)

Siendo la cúrcuma un tubérculo fácil de conseguir en los diferentes mercados y de precios accesibles se propone como alternativa para el tratamiento de uso tópico como cataplasma.

“Las cataplasmas Según: Francisco de Brihuega es un medicamento tópico, de blanda consistencia, compuesta de varios polvos raíces, hierbas”. (Cit. Pérez, 2007; s/pp.)

Aprovechando las bondades de la cúrcuma longa reduciríamos los niveles y los efectos de los dolores en las personas adultas de la unidad educativa Tarqui mejorando su calidad de vida y su desempeño en las diferentes actividades que ellos realicen.

Se justifica que en los últimos años se ha impulsado la utilización de terapias alternativas y complementarias que es uno de los campos amplios de salud y bienestar proyectándose para las diferentes patologías mediante el uso de productos naturales, pero que para mantener certezas se requiere que se realice estudios.

El presente trabajo se enmarca en: La línea de investigación de salud y terapias alternativas permitiendo que se conozca la cúrcuma, los beneficios y sus usos terapéuticos, fortaleciendo el objetivo 3 del Plan Nacional de desarrollo, que establece garantizar los derechos de la naturaleza para las actuales y futuras generaciones hace relación con la cúrcuma que es una de las plantas que en un futuro serán conocidas e incluso por los profesionales de la salud ortodoxa y la sociedad en general siendo información verídica sobre los beneficios de las aplicaciones terapéuticas de cúrcuma, y así contribuir un uso adecuado en medicina alternativa y no solo en el arte gastronómico, sino

también en el área terapéutica donde sus bondades son múltiples, contribuyendo con la salud integral de las personas. (Plan Nacional , 2017-2021)

La motivación para realizar el presente trabajo es contribuir a la sociedad con un tratamiento alternativo para disminuir los dolores articulares por artritis en personas de escasos recursos.

La cúrcuma longa, es una planta que tiene propiedades curativas que ha sido utilizado desde tiempos remotos ya que dispone de estudios y de textos que sustentan las bondades y sus respectivas aplicaciones.

El presente trabajo permite seguir un procedimiento sistemático mediante la aplicación de encuestas, entrevistas y formatos de trabajo para adquirir la información del grupo objeto de estudio

Este trabajo es de relevancia sobre todo para personas de escasos recursos, porque permite mejorar su calidad de vida mediante el conocimiento y aplicación de los componentes de la cúrcuma longa como cataplasma.

El trabajo es práctico se lo puede realizar con un producto que está al alcance de todos, y su aplicación muy sencilla una vez conocido las bondades y sus formas de aplicación.

El planteamiento del problema es la manifestación de los dolores articulares por artritis en rodillas, que son tratados frecuentemente por productos de uso externo (gel, pomadas, parches etc.) que son de adquisición libre sin receta médica y el uso frecuente, el abuso de los mismos puede producir efectos secundarios que con el tiempo ocasionaran trastornos graves.

Los tratamientos de dolores articulares para personas de escasos recursos económicos son postergadas y no tratados oportunamente ya que se convive con el dolor disminuyendo su desempeño en las actividades diarias, por ello se propone realizar un cataplasma a base de cúrcuma para atenuar los dolores y ser aplicados en los estudiantes de la escuela Tarqui de Calderón para mejorar su calidad de vida y desempeño en las actividades diarias.

Por ser la cúrcuma un tubérculo de fácil adquisición y de precio accesible se puede hacer uso como un tratamiento alternativo para minimizar los dolores en los estudiantes seleccionados para estos tratamientos de la escuela Tarqui.

Para lo cual se ha formulado la pregunta de investigación o hipótesis. ¿La aplicación de la cataplasma a base de cúrcuma disminuirá los dolores articulares por artritis en rodillas?

CAPÍTULO I: METODOLOGIA

Para el presente trabajo se utiliza la investigación descriptiva, explicativa y la experimental.

La descriptiva es quien identifica los inicios y características del dolor investigado, señala sus formas de conductas y actitudes de la persona establece comportamientos concretos, descubre y compara la asociación entre variables de investigación. (Univesidad Nacional, 2008)

Según Bunge “la descripción es responder las siguientes cuestiones ¿Qué es? Correlato. ¿Cómo es? Propiedades ¿Dónde está? Lugar ¿De que esta hecho? composición. ¿Cómo están sus partes interrelacionadas? configuración ¿Cuánto? Cantidad” (Cit, Universidad Nacional, 2008; pp.5,6)

Con la investigación explicativa se determina los orígenes o las causas del dolor articular por artritis en rodillas a las personas.

La investigación experimental ayuda a analizar el efecto producido por la acción del tratamiento en los pacientes, la misma que da cumplimiento a las variables que se han desprendido de la investigación. Dando paso a confirmar la hipótesis presentada.

Se procede a utilizar el método deductivo donde se obtiene la información partiendo de un concepto básico para alcanzar a un concepto universal, con este proceso investigativo se llenan las historias clínicas.

1.1 Proceso de investigación

Para el presente estudio investigativo se parte del proceso analítico que permite conocer según el análisis el porqué se han generado los dolores articulares por artritis en rodillas a los pacientes llevando a incorporar los síntomas, causas y signo que se requiere observar sirve de apoyo también el proceso descriptivo donde se determina la edad que con frecuencia inicia el dolor articular a los estudiantes.

Las técnicas utilizadas son: la encuesta y la observación de campo. La encuesta va a ser la destinada a la obtención de datos de varias personas cuyas opiniones van hacer de gran utilidad para la investigación y consta de un listado de preguntas escritas que se entregara a cada una de ellas, con la finalidad de que contesten igualmente por escrito.

La observación de campo consta en trasladarse al lugar donde se encuentren los pacientes a tratar, se buscaron, pacientes que padecían de dolores articulares por artritis en rodillas de la escuela Tarqui en la parroquia de Calderón de la ciudad de Quito. Se aplica cataplasma de Cúrcuma Longa como tratamiento sintomático a quienes se da a conocer de forma detallada el tratamiento, el tiempo de duración después se procede a firmar el consentimiento informado, se llena una encuesta al inicio y al final del tratamiento, en la encuesta consta la escala analógica visual EVA, finalmente se llena la historia clínica correspondiente por paciente.

1.2. Universo y muestra.

La muestra ha sido tomada en la Escuela Fiscal Tarqui ubicada al norte de Calderón en la ciudad de Quito a los estudiantes de educación inclusiva de la sección nocturna, cuyo tamaño de la muestra es de 30 personas que se han

seleccionado con dolores articulares por artritis en rodillas a quienes se aplica la cataplasma de cúrcuma longa. Definición de variables

1.3 Variables

1.3.1. Variable independiente

Aplicación de cataplasma de cúrcuma en rodillas

1.3.2. Variable dependiente

Disminución de los dolores articulares por artritis en rodillas a los estudiantes de la escuela Tarqui ubicada en la Parroquia Calderón de la ciudad de Quito.

1.3.3 Limitaciones

Para llevar a cabo el trabajo de investigación la gran dificultad fue reunir a los pacientes para el tratamiento ya que se desarrolló por días separados en horarios diferentes, teniendo personas que tocó retomar el tratamiento para cumplir con la secuencia del tratamiento.

CAPITULO II: MARCO TEÒRICO

2.1 La cúrcuma (*Cúrcuma Longa* Linn)

“Es una planta perenne y rizomatosa oriunda de la India y de la región tropical del Sur de Asia. Sus tubérculos son de color naranja intenso y sus flores de amarillo claro nacen de puntiagudas espigas, mide alrededor de unos 2 metros de alto, presenta hojas largas, lanceoladas y pecioladas de un color verde uniforme es un triploide estéril que raramente florece, no existe formación de semillas y, por tanto, la planta se reproduce vegetativamente por esquejes a partir del rizoma. Es este rizoma el que hace que la cúrcuma sea una planta realmente interesante desde el punto de vista gastronómico, medicinal, alimentario y cosmético”. (Garrido, 2008; pp.99-100)

Grafico N° 1 Planta de cúrcuma



(Planta de cúrcuma pp,86)

Recuperado en línea:

<https://eprints.ucm.es/27836/1/C%C3%9ARCUMA%20%20Paula%20Saiz.pdf>

2.1.2 Clasificación taxonómica de la cúrcuma

Nombre científico: Cúrcuma longa

Nombre común: Azafrán de la india, raíz de cúrcuma, azafrán cimarrón, entre otros

Familia: Zingiberácea

Parte usada: El rizoma (Rodas Trujillo, 2016)

2.1.3 Descripción botánica

La cúrcuma es una planta herbácea perenne monocotiledónea perteneciente a la familia de las zingiberáceas, género cúrcuma y especie longa. La cúrcuma está compuesta por un rizoma primario o madre de (5-10 cm) y varios rizomas secundarios entre (1-2 cm) de color anaranjado - Anticuerpos monoclonales para el tratamiento del cáncer, la parte aérea es delgada y mide entre 60 y 90 cm., con hojas largas y anchas, largamente pecioladas, opuestas de color verde intenso y con nervaduras casi paralelas que se departen de la nervadura mediana (Rodas Trujillo, 2016).

2.1.4 Composición nutricional:

Está formado por minerales: calcio, hierro, magnesio, fosforo, potasio, sodio, zinc

Vitaminas: vitamina c, tiamina, riboflavina, niacina, vitamina B-6, folato, DFE, vitamina B-12 vitamina A, RAE, vitamina A,IU, Vitamina D,

Vitamina k (Saiz de Cos , 2014)

2.1.5 Composición química.

Los compuestos fenólicos que presenta, en concreto polifenoles, son del grupo de los curcuminoides, derivados de los diarilmetálicos responsables del color amarillo anaranjado de la cúrcuma.

Los curcuminoides comprenden el 2-9% de la planta, siendo los mayoritarios y más usados comercialmente.

Diferuloilmetano (curcumina I) con una proporción en la planta del 77%. Es la sustancia causante del color amarillo característicos de los rizomas de esta planta y es uno de los ingredientes activos responsable de su actividad biológica y es el más usado comercialmente, actuando como antiinflamatorio.

Demetoxicurcumina (curcumina II) en proporción de 17%, Tiene efecto antioxidante y antiinflamatorio.

bisdemetoxicurcumina (curcumina III) en un 3%, Con efecto antioxidante y antiinflamatorio.

Ciclocurcumina recién descubierta por (TAYLOR y LEONARD, (Saiz de Cos , 2014)

2.1.6 Actividad antiinflamatoria

Para el presente trabajo investigativo se ha considerado a la Cúrcuma como uno de los mejores rizomas de efecto antiinflamatorios comprobados científicamente, como la reducción de inflamación en caso de artritis.

Por lo cual el curcuminato sódico y **Diferuloilmetano (curcumina I)** se consideran como uno de los componentes con propiedades antiinflamatorias.

(Saiz.P.2014)

2.1.7 Variedades de Cúrcumas.

Existen diversos tipos de cúrcumas, pero las más conocidas son cúrcuma de Java fue traída de Europa, La cúrcuma zedoaria procede del Himalaya, donde utilizan las hojas de la planta como ensalada.

2.1.8 Cosecha y recolección.

Los cultivos en la India para obtener una buena cosecha se plantan en abril-mayo. Las hojas aparecen a los 30 días aproximadamente, y el cultivo es cuando las hojas se marchitan, se ejecuta entre 8 – 9 meses después de la siembra, en la época seca, cuando las hojas se tornan amarillas, luego de la recolección se realizan los siguientes pasos: limpiar, lavar, cortar y secar los rizomas. (Saiz de Cos , 2014)

2.1.9 Propiedades terapéuticas.

Se utiliza en las diversas disciplinas como reconstituyentes analgésicas, antialérgico, antibacterianas, antioxidantes, antisépticas, antiespasmódicas, antitumorales, aperitivas, astringentes, cardiovasculares, carminativas, colagogas, digestivas y estimulantes, antiinflamatorio aterosclerosis, beneficiosa para personas con osteoartritis y artritis reumatoide. (Rodas Trujillo, 2016)

2.1.10 Usos medicinales.

La curcumina tiene varios efectos medicinales comprobados científicamente, como la reducción de inflamación en caso de artritis, prevención de arteriosclerosis, efectos hepatoprotectores, desordenes

respiratorios y gastrointestinales, afecciones de la piel como psoriasis o eczemas, prevención de cáncer y capacidad antioxidante. (Saiz de Cos , 2014)

2.1.11 Contraindicaciones

- Enfermedades hepáticas (como hígado graso, cirrosis)
- Cálculos biliares.
- Personas con hipertensión.
- En casos de cirugías.
- En caso de estar tomando medicación.
- Niños menores de 3 años.
- En problemas hemorrágico.
- En caso de embarazo.

(Rodriguez, 2017)

2.2 Cataplasma

Francisco de Brihuega los define "como medicamentos tópicos, de blanda consistencia, compuesta de varios polvos, raíces, hierbas, enjundias aceites y cosas semejantes". (Perez Garcia, 2007) Consiste en una pasta húmeda y mucilaginoso que retiene gran cantidad de calor y humedad. Se aplica directamente sobre la piel, teniendo propiedades sedantes antiinflamatorias y emolientes (Perez Garcia, 2007)

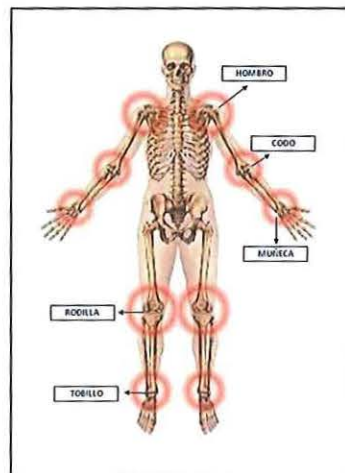
2.1.2 Preparación.

Se prepara machacando la parte de la planta que contiene las propiedades curativas que se pretende usar, y se aplica sobre una gasa en el área afectada que se quiere tratar por 20 minutos. (Gloria, 2013)

Para el presente trabajo investigativo se ha considerado los siguientes elementos.

2.2 Articulaciones

Grafico N° 2 Articulaciones



Domine su artritis.
Articulaciones, Recuperado en línea:
[file:///C:/Users/HP%20G42/Downloads/%E2%92%BA%E2%93%88+%C2%BB+Domine+Su+Artritis+PDF-Libro%252C+Ricardo+Palmer%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/HP%20G42/Downloads/%E2%92%BA%E2%93%88+%C2%BB+Domine+Su+Artritis+PDF-Libro%252C+Ricardo+Palmer%20(5).pdf).

La artrología tiene por objeto el estudio de las articulaciones que es el conjunto de elementos por los cuales los huesos se unen entre sí, constituyendo la parte estática del aparato locomotor, son las palancas y engranajes de una máquina cuyo motor o parte dinámica está representada por los músculos.

Las articulaciones desempeñan en el organismo distintas funciones, son las regiones o puntos en que tienen lugar los movimientos del esqueleto, son sitios o regiones de crecimiento óseo, como por ejemplo en las articulaciones de algunos huesos del cráneo, también las epífisis de los huesos largos es un lugar de crecimiento óseo.

En muchas articulaciones, como algunos sectores de la Columna vertebral y en la planta del pie, la función articular es hacer del esqueleto un conjunto elástico y plástico, más adecuado para sufrir presiones y estiramientos repetidos que realizar movimientos únicos y aislados. (Ribeiro , 2013)

2.2.1 Clasificación de las articulaciones.

En relación a la magnitud del movimiento se clasifican en:

Sinartrosis: Articulaciones inmóviles, rígidas o fijas.

Sínfisis: Articulaciones ligeramente móviles o semi-móviles

Diartrrosis: Articulaciones libremente móviles.

En relación a la base histológica del tejido que caracteriza al área articular, se clasifican en:

Articulaciones fibrosas: Las superficies óseas están conectadas por tejido conectivo fibroso y se dividen en: suturas, sindesmosis, y gonfosis.

Suturas: Las superficies articulares están separadas por tejido conjuntivo, son llamadas las suturas del cráneo.

Sindesmosis: Es una articulación cuyas superficies articulares están separadas por un ligamento o membrana interóseo como miembro superior, la articulación entre las diáfisis del radio y del cúbito, miembro inferior, articulación peroneotibial distal (articulación de la diáfisis del peroné con el extremo distal lateral de la tibia) y la articulación entre las diáfisis de la tibia y la fíbula.

Gonfosis: Se localiza entre los dientes y la mandíbula, en estos lugares, existe una membrana entre el diente y la mandíbula que se denomina ligamento periodontal. La articulación es semejante a una clavija que encaja en un enchufe. (Ribeiro , 2013)

Articulaciones cartilagosas: En este tipo, las superficies articulares poseen formaciones de cartílago hialino o fibrocartílago que se interpone entre ambos huesos, carecen de cavidad sinovial y presentan ligamentos periféricos que rodean la articulación. (Pro, 2012)

Se subdividen en Sínfisis y Sincondrosis.

Sínfisis: Las características de estas articulaciones es que entre las superficies articulares existe un fibro-cartílago que es permanente como la articulación de los cuerpos vertebrales entre sí o la articulación de la sínfisis del pubis, el elemento que separa las superficies óseas en una sínfisis es un fibrocartílago.

Sincondrosis: Son articulaciones temporales que existen durante la fase de crecimiento del esqueleto y están compuestas de cartílago hialino, en algún momento los huesos se fusionan y desaparecen como articulación, ejemplo se tiene la articulación de la apófisis basilar del occipital con el cuerpo del esfenoides, esta articulación está relacionada con el crecimiento del cráneo y se cierra a edad adulta. (Ribeiro , 2013)

Las articulaciones sinoviales:

Estas articulaciones permiten un movimiento libre entre los huesos y son típicas de casi todas las articulaciones, contienen una sustancia lubricante llamada líquido sinovial y están tapizadas por una membrana o cápsula sinovial.

Su movilidad depende de la forma de las superficies articulares y de los ligamentos que sostienen entre sí a los huesos articulados (Pro, 2012)

2.2.2 Anatomía de la rodilla

La rodilla es el punto de contacto entre huesos adyacentes, se trata de la articulación más grande del cuerpo, proporcionan estabilidad y flexibilidad al cuerpo, permiten flexionar, girar y enderezar las piernas.

Consta de varias partes como huesos, cartílagos, músculos, ligamentos y tendones todas ellas funcionando como si fueran una, y si se da una lesión de rodilla, puede estar dañada o sobrecargada cualquiera de estas partes.

La rodilla se encuentra en medio de tres huesos: la tibia (el hueso de la espinilla), el fémur (el hueso del muslo), y la rótula (el hueso que está en el centro de la articulación). La rótula es un hueso plano y redondo que protege la articulación de la rodilla.

Los extremos del fémur y la rótula están cubiertos de cartílago articular que actúa como una especie de almohadón, impidiendo el rozamiento entre el fémur, la rótula y la tibia, en la parte superior de la tibia hay unas almohadillas adicionales de cartílago, denominadas meniscos, ayudan a absorber el peso del cuerpo, cada rodilla tiene dos meniscos: el interno (medial) y el externo (lateral)

2.2.3 Músculos.

Los músculos que hay alrededor de la rodilla incluyen el cuádriceps (un grupo de cuatro músculos ubicado en la parte anterior del muslo) y el isquiotibial, ubicado en la parte posterior del muslo. El cuádriceps ayuda a enderezar y extender la pierna, mientras que el isquiotibial ayuda a flexionar la rodilla.

2.2.4 Tendones y ligamentos

Varios tendones y ligamentos trabajan conjuntamente para ayudar a la rodilla a moverse con normalidad.

Los tendones son como cables de un tejido muy resistente que conectan entre sí músculos y huesos. Los tendones de la parte anterior de la rodilla son el tendón del cuádriceps y el tendón de la rótula, el tendón del cuádriceps está conectado a la parte superior de la rótula y permite extender la pierna, el tendón de la rótula conecta la parte inferior de la rótula con la parte superior de la tibia (el hueso de la espinilla), los tendones del isquiotibial se encuentran en la parte posterior de la rodilla.

Los ligamentos son como cables de un tejido muy resistente que conecta huesos con huesos o cartílagos con huesos. En la rodilla hay cuatro ligamentos que ayudan a conectar el fémur con la tibia y a mantener las piernas estables.

Ligamento colateral interno. Conecta el fémur con la tibia por el lado interno de la rodilla. Mantiene estable la parte interna de la rodilla y ayuda a controlar el movimiento lateral de esta articulación, impidiendo que se doble hacia dentro.

Ligamento colateral externo. Conecta el fémur con la tibia por el lado externo de la rodilla. Mantiene estable la parte externa de la rodilla y ayuda a controlar el movimiento lateral de esta articulación, impidiendo que se doble hacia fuera.

Ligamento cruzado anterior. Conecta el fémur con la tibia por el centro de la rodilla. Ayuda a controlar el movimiento hacia delante y de rotación, impidiendo que el hueso de la tibia se desplace hacia delante del fémur.

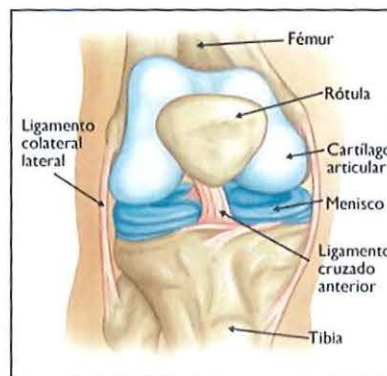
Ligamento cruzado posterior. Conecta el fémur con la tibia por la parte posterior de la rodilla. Ayuda a controlar el movimiento de la rodilla hacia atrás, impidiendo que la tibia se desplace hacia atrás en la dirección del fémur. (MD.Shanh, 2009)

2.3 Movimientos de las rodillas.

Movimientos de flexión y extensión: Se realizan alrededor de un eje frontal, bicondíleo, que pasa los epicóndilos femorales.

Movimientos de rotación de la rodilla: Consisten en la libre rotación de la pierna, o sea, en que tanto la tibia como el peroné giren alrededor del eje longitudinal o vertical de la primera, en sentido externo o interno. (Garcia Gongora, 2003)

Grafico N° 3 Anatomía de la rodilla



OrthoInfo. Anatomía de la rodilla;
Recuperado en línea:
<https://orthoinfo.aaos.org/es/treatment/r eemplazo-total-de-rodilla-total-knee-replacement>

2.4 La artritis

Es una enfermedad de los tejidos dentro de las articulaciones, puede ocurrir como resultado de una inflamación aguda (a corto plazo) o crónica

(continua) de una articulación y de los tejidos blandos que están a su alrededor, también puede ocurrir después de una lesión de la articulación, o por causas genéticas (hereditarias) y medioambientales. (Cleveland , 1995)

Con la artritis las articulaciones se van deteriorando a medida que se desgasta el cartílago. El cartílago es el "amortiguador" blando que cubre las articulaciones. (Cleveland , 1995)

La artritis provoca limitación del movimiento, deformidad de la articulación y la pérdida del funcionamiento, afectandola mano, la muñeca las rodillas siendo estos lugares comunes para muchos de los tipos de artritis. (Cleveland , 1995)

2.4.1 Tipos y las causas de la artritis

La forma más común de artritis, es degenerativa u osteoartritis que puede afectar una o más articulaciones en cualquier lugar del cuerpo.

La artritis degenerativa ocurre cuando eres más mayor y afecta sobre todo a las manos y las articulaciones que soportan el peso corporal como las caderas y las rodillas, puede causar dolor, deformidad, y limitación de movimientos. (Cleveland , 1995)

La artritis también puede desarrollarse como resultado de una enfermedad inflamatoria sistemática, que pueden ocurrir en cualquier lugar del cuerpo. La más común de las enfermedades inflamatorias es la reumatoide que es una enfermedad inflamatoria y presumiblemente autoinmune que afecta a todo el cuerpo, especialmente a las articulaciones. Prolifera causando la destrucción local de los huesos, las articulaciones y los tejidos blandos. Normalmente, la enfermedad empieza en las manos, las muñecas, los tobillos y los pies, y

frecuentemente afecta la misma articulación en ambos lados del cuerpo. (Cleveland , 1995)

Otras "artropatías" inflamatorias incluyen el lupus, la gota, la pseudogota, espondilitis anquilosante, y la artritis relacionada con la enfermedad inflamatoria del intestino o psoriasis. (Cleveland , 1995)

2.4.2. Síntomas de la artritis y sus las complicaciones.

Tanto los hombres como las mujeres que padecen artritis suelen percibir con intensidad el dolor articular.

A veces la manifestación con dolor tiene un brote agudo, para luego calmarse e incluso con un periodo totalmente asintomático (sin síntomas)

El síntoma que caracteriza a la artritis es la inflamación articular lo que puede provocar una incapacidad de leve o severa para poder movilizar las articulaciones.

Se puede sentir dolor leve a intenso en una o más de articulaciones, cuello, hombro, codo, muñeca, falanges de los dedos (de manos o pies), espalda (columna vertebral), cadera, rodillas, tobillo; por lo general el dolor es acompañado con rigidez, que es más intensa que al despertarse tras varias horas de descanso, por ello se aconseja darse una ducha o baño caliente a la mañana y hacer algunos ejercicios de movimientos suaves, como para poner en movimiento las articulaciones. (Palmer, 2013)

Otro de los síntomas que suele tener la artritis es el calor localizado entorno a las articulaciones afectadas, como si la temperatura en esa zona superarse a la que suele tener el cuerpo humano. (Palmer, 2013)

2.4.3. Población afectada por la artritis

La artritis afecta tanto a los hombres como a las mujeres. Se considera que un ochenta por ciento de la población que está por encima de los sesenta y cinco años padece artritis.

De acuerdo a la cifra de la organización mundial de la salud (OMS), Padece artritis un ochenta por ciento de la población de más de sesenta y cinco años de edad en los países industrializados. (Palmer, 2013)

A partir de la cuarta década de vida, la mayoría de las personas tienen algún proceso artrítico, aunque todavía no le reporte síntomas de ningún tipo. Cuando la artritis se manifiesta en personas de menos de cuarenta y cinco años, por lo general hay más hombres que mujeres afectadas. (Palmer, 2013)

Por el contrario, a partir de los cincuenta y cinco años la tendencia se revierte, hay una porción mayor de mujeres afectadas.

En cuanto a la artritis reumatoidea, que suele afectar a adultos de mediana edad entre (cuarenta y cincuenta años) las mujeres son tres veces más proclives que los hombres a padecerla.

CAPITULO III: RECOLECCION E INTERPRETACION

3.1 Recolección de información

3.1.1 Elaboración de cataplasma

Para la elaboración del Cataplasma de cúrcuma se necesita: Tubérculos de cúrcuma, gasas, mortero y pilón

Para proceder a realizar la cataplasma de cúrcuma primero se machaca la cúrcuma fresca hasta que se convierta en una masa blanda húmeda, se ubica sobre una gasa la cúrcuma machacada extendiendo el producto por toda la gasa y se cubrirá con otra, luego se procederá aplicar al paciente en la zona afectada.

Grafico N° 4 Cúrcuma Molida



Sandra Villares G (2018) Cúrcuma molida,
elaborado para la aplicación de los estudiantes
encuestado

Grafico N° 5 Cúrcuma en la gasa



Sandra Silbia Villares (2018) Cúrcuma en la gasa elaborado para la aplicación de los estudiantes encuestados.

3.1.2 Generalidades del tratamiento.

La aplicación del cataplasma se distribuirá en doce sesiones por un intervalo de tres días cada sesión, será retirada después de media hora, el desarrollo de este proceso tendrá la duración 30 días.

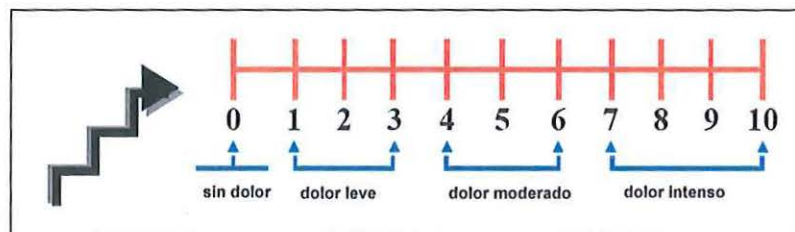
Gráfico N° 6 Aplicación de cúrcuma



Sandra Silbia Villares (2018) Aplicación de cúrcuma, elaborado para los estudiantes en base de los datos encuestados

Se reunirá información mediante una encuesta realizada a los pacientes, en la encuesta constará la escala analógica visual Eva que Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y “máximo dolor imaginable” que corresponden a las puntuaciones de 0y 10, respectivamente; el paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece” (Armenteros Medina, 2018;s/pp.)

Gráfico N° 7 Escala analógica visual (EVA)



Enfermeras en urgencias y UCI
Escala analógica visual (EVA), Recuperado en línea:
<http://enfermaroenurgencias.blogspot.com/2015/08/escalas-de-valoracion-del-dolor.html>

Por medio de la historia clínica se obtendrá la información necesaria para la evaluación del paciente obteniendo los siguientes datos: Anamnesis de los datos de afiliación, Anamnesis aplicable a cualquier síntoma, anamnesis relacionada con el dolor, tiempos del examen físico (inspección, palpación) músculo esquelético miembros inferiores.

3.1.3 Consentimiento informado.

Es un documento el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de

haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

Gráfico N° 8 Modelo de consentimiento

<p>Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.</p>		
<p>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sandra Villares</p>	<p>ESPECIALIDAD Estudiante de Naturopatía</p>	
FECHA: DIA	MES	AÑO
<p>Yo _____, con CI. _____; domiciliado en _____; de la ciudad de _____; en calidad de paciente _____ o como representante _____ del paciente _____; autorizo a _____, con profesión o especialidad de _____; para la aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI _____ NO _____ he sido informado</p> <p>SI _____ NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.</p> <p>SI _____ NO _____ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.</p> <p>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.</p> <p>SI _____ NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI _____ NO _____ estoy de acuerdo con su contenido</p> <p>Por este motivo SI _____ NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada</p> <p>FIRMA DEL PACIENTE: _____</p> <p>NOMBRE DEL PACIENTE: _____</p> <p>C. IDENTIDAD: _____</p> <p>FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____</p> <p>NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____</p> <p>C. IDENTIDAD: _____</p> <p>RELACION CON EL PACIENTE: _____</p> <p>FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____</p> <p>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____</p> <p>CC. IDENTIDAD: _____</p>		

Sandra Villares G (2018) *Consentimiento*
Elaborado, para la aplicación de los estudiantes
Encuestado

3.1.4 Encuesta.

La encuesta es una técnica de recogida de datos mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra de individuos para conocer las opiniones, las actitudes y los comportamientos de los ciudadanos.

Grafico N° 9 Modelo de encuesta

ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA
Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre _____ Edad _____

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
SIN DOLOR MAXIMO DOLOR

2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	3 a 5 años	6 a 10 años	
------------	------------	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	Lateral externo	Lateral interno	Posterior
----------	-----------------	-----------------	-----------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	45 a 55 años	55 a 65 años	Mayor a 65 años
--------------	--------------	--------------	-----------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	siempre
-------	----------	---------------	----------------	---------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:


0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sandra Villares (2018) Encuesta
Elaborado, para la aplicación de los estudiantes
Encuestados

3.1.5 Historia clínica.

Por su versatilidad para registrar de las patologías se realiza un ajuste a la historia clínica para tratamientos alternativos del Instituto Esculapio según el gráfico 10.

Gráfico N° 10 Historia Clínica

 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														
Fecha de Ingreso		Apellidos					Nombres							
Edad	Sexo		Raza		Estado Civil					Instrucción		Profesión		
	M	F			S	C	D	V	U.L.					
Ocupación			Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual					
Residencia Ocasional				Religión		Dirección				Teléfono				
Referencia familiar									Teléfono					
2 MOTIVO DE CONSULTA														
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS														
Infancia														
Niñez														
Adolescencia														
Adulto Joven														
Adulto Mayor														
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														

Instituto Esculapio *Historia Clínica,*

Recuperado en línea:

<http://www.institutoesculapio.edu.ec/aulavirtual/>

Gráfico 10: Historia Clínica

5 REVISIÓN DE SISTEMAS									
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS									
RESPIRATORIO									
Díscnea, Cianosis, tos, etc.									
FARINGE									
Ardor, Odinofagia, etc.									
LARINGE									
Carraspeo, etc.									
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES									
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.									
CIRCULATORIO									
Palpitaciones, Edema, etc.									
GASTROINTESTINAL									
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.									
URINARIO									
GENITALES FEMENINO									
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Bulbar, Dismenorrea, etc.									
ENDOCRINOLOGICO									
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.									
MUSCULOESQUELETICO									
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.									
NEUROLOGICO									
Temblores, Sueño, Tics, etc.									


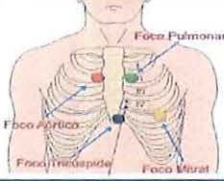
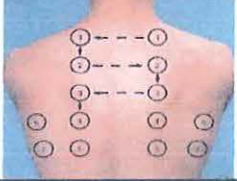
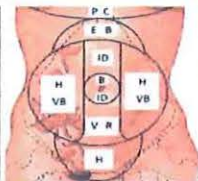

6 HABITOS										
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología					(C.P.) Con Evidencia de Patología					
APETITO	Cambios en el apetito			Qué sabor prefiere		Salado	Dulce			
	Preferencia por comida			Caliente	Frio	Come rápido	Come Lento			
SED	Tiene sed	Cuánta agua toma al día			A qué hora					
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza			Suda		Se cansa fácilmente				
	Cansancio durante el día			Mejora con la comida		Empeora con la comida				
DEPOSICIÓN	Frecuencia Depósito		Cantidad		Color		Características			
SUEÑO	Horas de sueño		Calidad		Insomnio		A qué hora		Pesadillas	
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar			Hora		Color		Olor		
	Cantidad		Chorro		Goteo		Ardor			
MEMORIA	T	M	A	M	F	Tabaquismo	Alcoholismo	Drogas		

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial		Pulso		F. Respirat		Peso/kg.		Talla		I.M.C.

CABEZA									
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología					(C.P.) Con Evidencia de Patología				
Inspección									
Simetría		Reflejo Pupilar							
1. Manchas		A La Luz							
2. Cicatrices		Consensuado							
Palpación		Acomodación							
3. Puntos dolorosos		Convergencia							
ROSTRO			NARIZ			POSTURA			
1. Arrugas		Marcha gira			Dirección				
Labios		Dirección			Inclinación				
2. Surcos		Secreción							
3. Fuegos		Fluida							
4. Acné		Color							
5. Manchas									
Fosas Nasales									
Desviadas									
Lado									

Instituto Esculapio *Historia Clínica*,
 Recuperado en línea:
<http://www.institutoesculapio.edu.ec/aulavirtual/>

Gráfico 10: Historia Clínica

CABEZA			
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría			
2. Protuberancias			
3. Manchas			
4. Cicatrices			
Palpación			
5. Puntos Dolorosos			
6. Ganglios linfáticos			
7. Gland. Tiroides			
TORAX			
Inspección		Marcar Zona Afectada	
Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
1. Simetría		3. Lunares	
2. Manchas		4. Cicatrices	
			
ABDOMEN			
Inspección		Palpación	
Marque: (S.P.) Sin evidenciadepatología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
1. Manchas		5. Superficial	
2. Cicatrices		6. Profunda	
3. Estrías		7. Puntos Dolorosos	
Percusión		8. Puntos Uretrales	
Auscultación			
9. Renal			
			
EXAMEN MIEMBROS			
Miembro Superior		Miembro Inferior	
Marque: (S.P.) Sin evidencia De patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Movimientos activos		Movimientos activos	
Movimientos pasivos		Movimientos pasivos	
		Examen de los dedos	
		1. Callos	3. Juanetes
		2. Uñeros	

Instituto Esculapio *Historia Clínica*,
Recuperado en línea:

<http://www.institutoesculapio.edu.ec/aulavirtual/>

3.2 Interpretación inicial

3.2.1 Recolección de la información inicial

Se procederá obtener la autorización para realizar la investigación a cada una de los pacientes seleccionados, mediante el consentimiento informado del formato del gráfico N° 8 en que se encuentra diligenciado en el anexo 1.

En el trabajo de investigación se procede a recopilar la información seleccionando a personas que padecen de dolores en rodillas a los estudiantes de la escuela Targuá, mediante la encuesta del grafico N ° 9 El mismo que se encuentra diligenciado en el anexo 2.

Se llena la Historia clínica para realizar el seguimiento de cada uno de los pacientes desde el inicio hasta terminar con las 12 aplicaciones de cataplasma y ver su evolución para que al finalizar las aplicaciones se vuelva a aplicar la encuesta y la evolución que ha tenido el paciente aplicando cúrcuma para reducir los dores de rodillas, la encuesta es aplicado a 30 personas entre hombres y mujeres edades superiores a 35 años

3.2.2 Número de personas seleccionadas

Tabla 1 Número de personas seleccionadas por género

Número de Personas	30	100%
Hombres	13	43%
Mujeres	17	57%

Sandra Villares G (2018) *Número de personas Seleccionadas*, Tabla elaborada en base de los datos encuestados.

De los pacientes participantes en estudio, fueron el 43% de género masculino y el 57% de género femenino como indica la tabla 1.

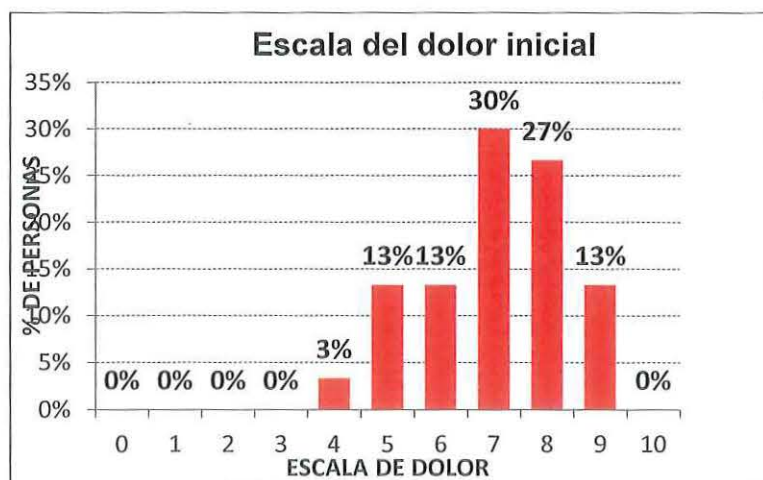
3.2.3 Dolor inicial según la escala analógica visual (Eva)

Tabla 2 Escala de dolor inicial

Escala del dolor	Número de personas	%
0		0%
1		0%
2		0%
3		0%
4	1	3%
5	4	13%
6	4	13%
7	9	30%
8	8	27%
9	4	13%
10		0%
Total de personas	30	100%

Sandra Silvia Villares (2018) *Escala de dolor inicial*,
Tabla elaborada en base de los datos
encuestados

Gráfico N° 11 Escala del dolor inicial



Sandra Villares G (2018) *Escala analógica (Eva) de dolor inicial*, Tabla elaborada en base de los datos encuestados

Al realizar la valoración según la escala analógica visual (Eva) en relación al dolor al inicio del tratamiento, se determina que los pacientes participantes padecen de dolor intenso con un 70% y moderado con un 29%.

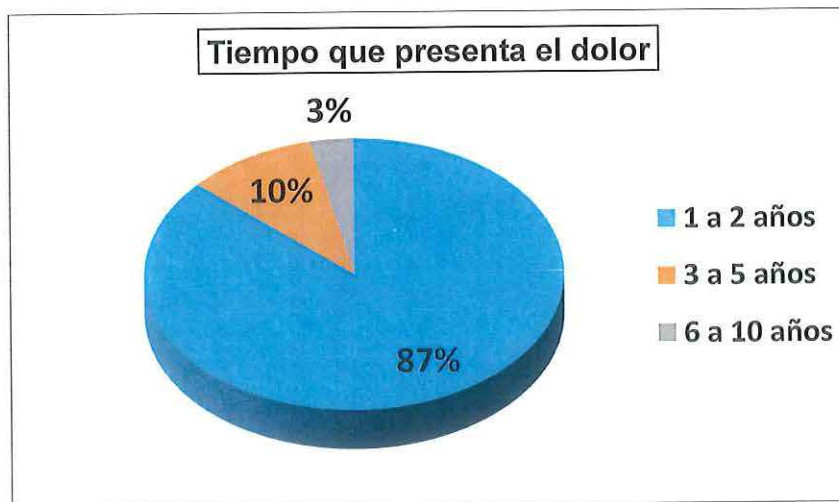
3.2.4 Tiempo que presentan dolor en rodilla los participantes.

Tabla 3 Tiempo que presenta el dolor

Tiempo de dolor	Número de personas	% De personas
1 a 2 años	26	87%
3 a 5 años	3	10%
6 a 10 años	1	3%
Total	30	1

Sandra Silvia Villares (2018), *Tiempo que presenta el dolor*, Tabla elaborado en base de los datos encuestados

Grafico N° 12 Tiempo que presenta el dolor



Sandra Villares G (2018), *Tiempo que presenta el dolor*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados.

De acuerdo a los pacientes encuestados, se indica el 87% de ellos sufren de dolores desde hace dos años, el 10% tienen dolores entre 3 a 5 años y el 3% entre 6^a a 10 años.

3.2.5 Parte afectada de la rodilla con dolor

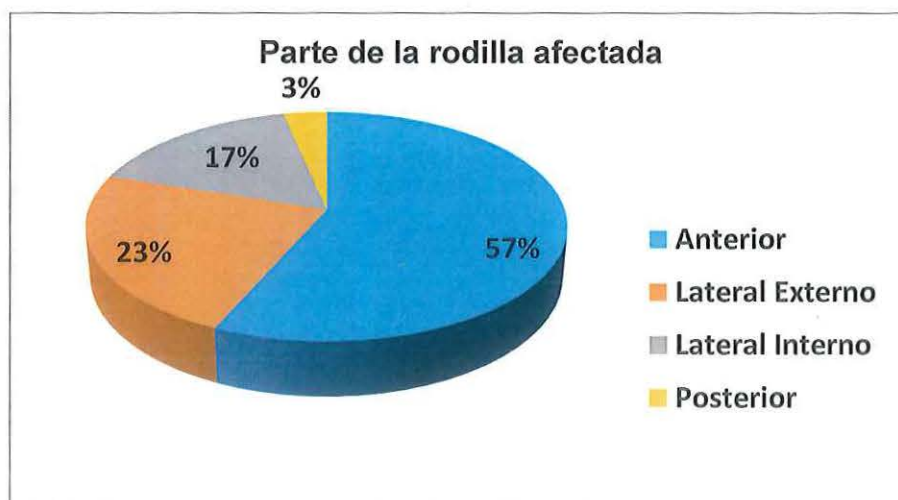
Tabla 3

Tabla 4 Parte de rodilla con dolor

Parte de la rodilla afectada	Número de pacientes	% De pacientes
Anterior	17	57%
Lateral Externo	7	23%
Lateral Interno	5	17%
Posterior	1	3%
Total	30	100%

Sandra Silvia Villares (2018), *Parte de rodilla afectada*,
Tabla elaborada en base de los datos encuestados.

Gráfico N° 13 Parte de la rodilla afectada



Sandra Silvia Villares (2018), *Parte de rodilla afectada*,
Gráfico elaborado en base de los datos encuestados.

Los porcentajes de las partes de las rodillas con dolor según los sitios, se encuentran focalizado en la parte anterior de la rodilla con un 57% siendo el porcentaje más alto, lateral extremo el 23% y el lateral interno con un 17%

3.2.6 Edad de los pacientes que inició el dolor

Tabla 5 Edad de inicio del dolor

Edad inicio de dolor	Número de personas	%
35 a 45 años	15	50%
45 a 55 años	5	17%
55 a 65 años	8	27%
Mayor a 65 años	2	7%
Total	30	100%

Sandra Silvia Villares (2018), *Edad de inicio del dolor*, Tabla elaborado en base de los datos encuestados.

Gráfico N° 14 Edad de inicio del dolor



Sandra Silvia Villares (2018), *Edad de inicio del dolor*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados.

De acuerdo a las encuestas realizadas a los pacientes, se determina que el 50% de personas empezaron a sentir molestias cuando tenían entre 35 a 45 años, seguido con un 17%, a los 45 a 55 años y el 7% mayor a 65 años.

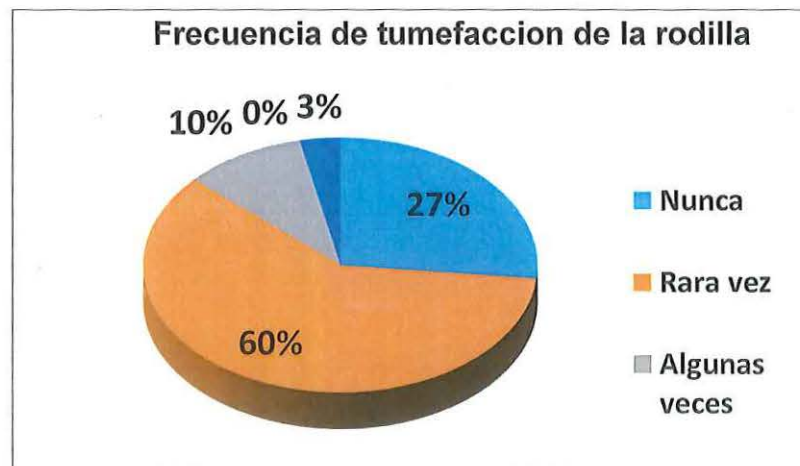
3.2.7 Frecuencia de tumefacción inicial en rodilla.

Tabla 6 Frecuencia de tumefacción inicial

Frecuencia de tumefacción	Números de personas	% De personas
Nunca	8	27%
Rara vez	18	60%
Algunas veces	3	10%
Frecuentemente		0%
Siempre	1	3%
Total	30	100%

Sandra Villares G (2018), *Edad de inicio del dolor*, Gráfico elaborada en base de los datos encuestados.

Gráfico N° 15 Frecuencia de tumefacción inicial de rodilla



Sandra Silvia Villares (2018), *Frecuencia de tumefacción en la rodilla*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados

De acuerdo a los datos obtenidos de la encuesta, se indica que el 60% de los encuestados rara vez ha tenido tumefacción, el 27% nunca, el 10% algunas veces, y el 3% siempre.

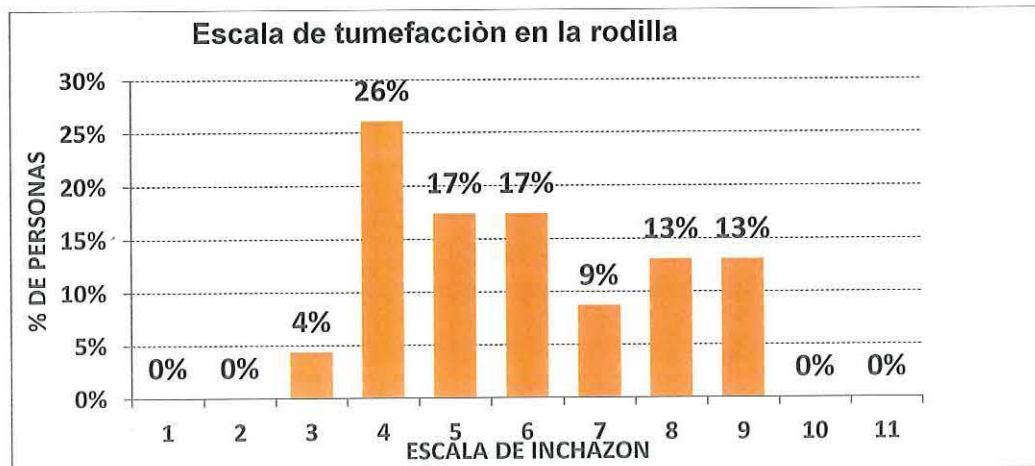
3.2.8 Nivel de tumefacción a los pacientes participantes según la escala analógica visual (Eva)

Tabla 7 Escala de tumefacción en las rodillas

Escala de tumefacción en las rodillas	Número de personas	%
0		0%
1		0%
2	1	4%
3	6	26%
4	4	17%
5	4	17%
6	2	9%
7	3	13%
8	3	13%
9		0%
10		0%
Total de personas	23	100%

Sandra Silvia Villares (2018), *Frecuencia de tumefacción en las rodillas*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados

Gráfico N° 16 Escala de tumefacción en las rodilla



Sandra Silvia Villares (2018), *Escala de tumefacción en la rodilla*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados

Según la información obtenida, se determina que el 35% se encuentra en tumefacción intensa, seguido un 54% en tumefacción moderado y un 4% de tumefacción leve.

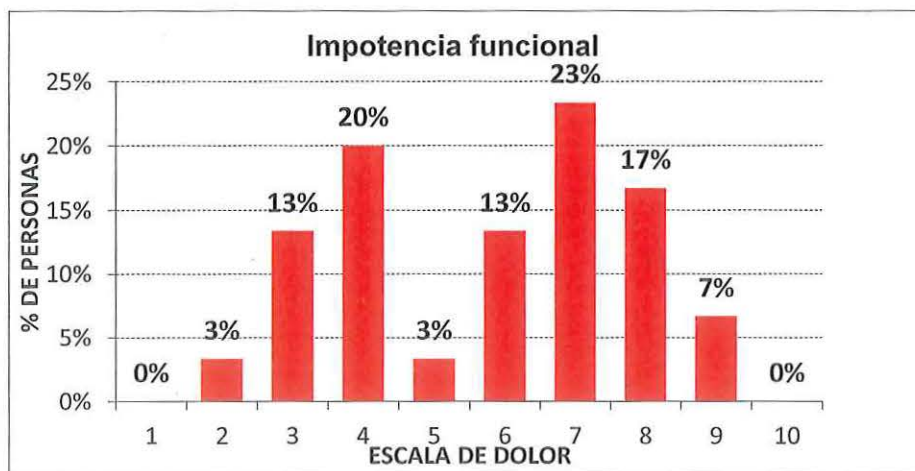
3.2.9 Nivel de impotencia funcional de los pacientes en rodilla.

Tabla 8 Impotencia funcional

Impotencia funcional	Número de personas	%
1		0%
2	1	3%
3	4	13%
4	6	20%
5	1	3%
6	4	13%
7	7	23%
8	5	17%
9	2	7%
10		0%
Total de personas	30	100%

Sandra Silvia Villares (2018), *Impotencia funcional*,
Tabla elaborada en base de los datos encuestados

Gráfico N° 17 Impotencia funcional



Sandra Villares G (2018), *Impotencia funcional*,
Gráfico elaborado en base de los datos Encuestados.

El porcentaje mayor de dificultad para mover la rodilla se encuentra con dificultades intensas con un 47%, moderado un 36%, y leve un 16%.

Una vez obtenida la información correspondiente a las preguntas de la encuesta se procede aplicar el tratamiento las 12 cataplasmas al finalizar las sesiones se llenó la misma encuesta se utilizó la escala analógica visual (Eva) para medir el nivel de dolor, tumefacción y la impotencia funcional la misma que se monitoreó su evolución teniendo resultados satisfactorios en relación a la encuesta inicial.

3.3 Aplicación de la segunda encuesta

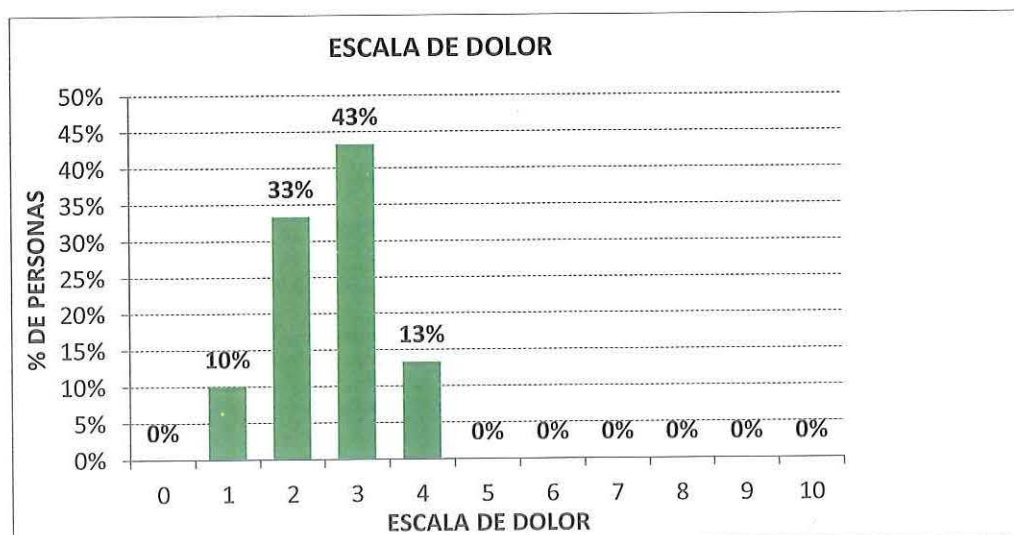
3.3.1 Dolor final según la escala analógica visual (Eva)

Tabla 9 Escala analógica (Eva) dolor final.

Escala analógica (Eva) dolor final	Número de personas	%
0		0%
1	3	10%
2	10	33%
3	13	43%
4	4	13%
5		0%
6		0%
7		0%
8		0%
9		0%
10		0%
Total de personas	30	100%

Sandra Silvia Villares (2018), *Escala analógica (Eva) dolor final* Tabla elaborada en base de los datos encuestados

Gráfico N° 18 Escala analógica (Eva) de dolor



Sandra Silvia Villares (2018), *Escala analógica (Eva) dolor final*. Gráfico elaborado en base de los datos encuestados

El porcentaje de dolor se concentra en leve con un 89 %.

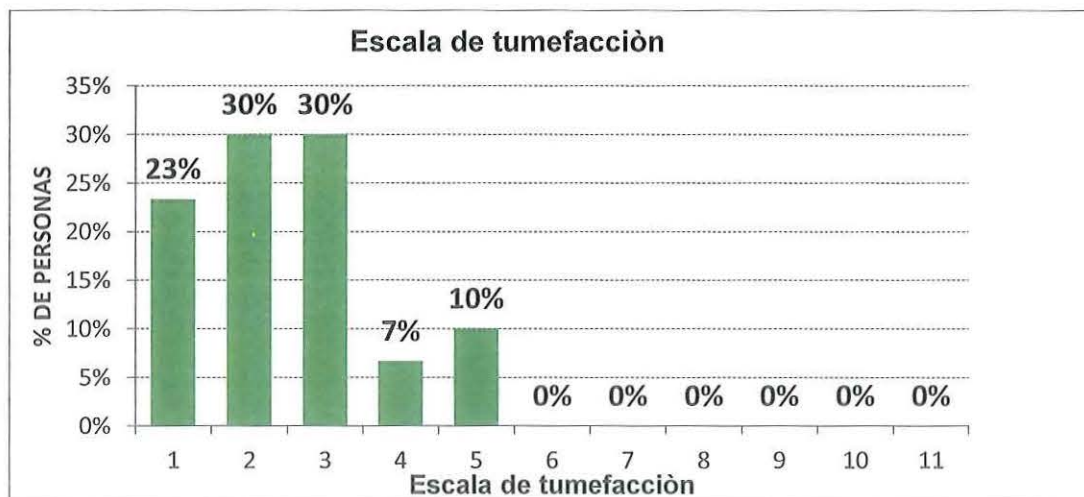
3.3.2 Nivel de tumefacción final a los pacientes según la escala analógica visual (Eva)

Tabla 10 Escala de tumefacción final

Escala de tumefacción final	Número de personas	%
0	7	23%
1	9	30%
2	9	30%
3	2	7%
4	3	10%
5		0%
6		0%
7		0%
8		0%
9		0%
10		0%
Total de personas	30	100%

Sandra Villares G (2018), *Escala analógica(Eva) dolor final* Tabla elaborada en base de los datos encuestados

Grafico N° 19 Escala de tumefacción



Sandra Silvia Villares (2018), *Escala analógica(Eva) dolor final* Tabla elaborada en base de los datos encuestados

La intensidad de tumefacción luego del tratamiento se concentra en moderado con un 77 % y nulo un 23 %

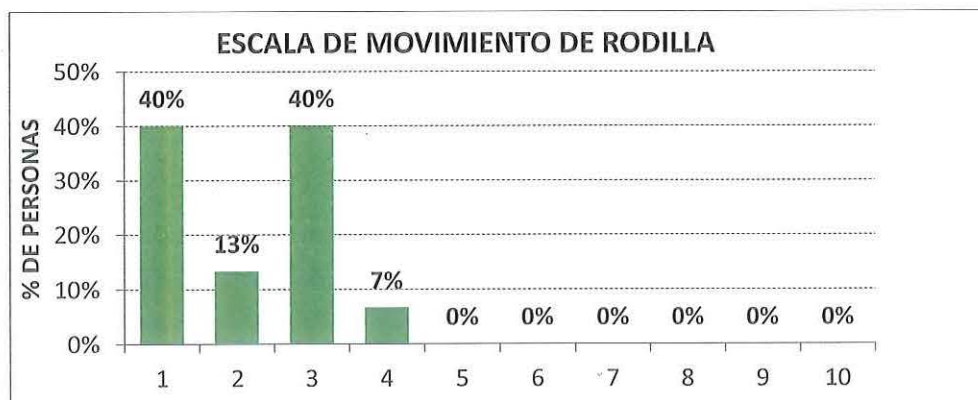
3.3.3 Nivel de impotencia funcional de los pacientes en rodilla

Tabla 11 Impotencia funcional de rodilla después del tratamiento

Nivel de dificultad para mover la rodilla.	Números de personas	%
1	12	40%
2	4	13%
3	12	40%
4	2	7%
5		0%
6		0%
7		0%
8		0%
9		0%
10		0%
Total de personas	30	100%

Sandra Silvia Villares (2018), *Escala analógica(Eva) dolor final* Tabla elaborada en base de los datos encuestado

Grafico N° 20 Impotencia funcional de rodilla



Sandra Silvia Villares (2018), *Escala analógica(Eva) dolor final* Tabla elaborada en base de los datos encuestados

Al desarrollar el análisis de la impotencia funcional de rodilla después de las aplicaciones se tiene que 93% se encuentra en un nivel de dolor leve.

3.4 Interpretación de datos.

De los 30 pacientes participantes que corresponden al total de la muestra, a los cuales se les realizó el tratamiento son el 43% hombres y el 57 % son mujeres cuya edad es mayor a los 35 años.

El 87% de las personas vienen padeciendo dolores de rodillas en un tiempo comprendido entre 1 y dos años, y solo una persona tiene los dolores por más de seis años.

De los pacientes en estudio han padecido mayor dolor en la rodilla anterior con un 50%, seguido de dolores en el lateral externo de la rodilla con un 23 %.

3.5 Resultado inicial y final del trabajo de investigación.

3.5.1 Dolor inicial y final según la escala visual analógica visual (Eva)

Gráfico N° 21 ° Escalas analógica Eva dolor inicial y final



Sandra Silvia Villares (2018), *Escala analógica (Eva) dolor final* Tabla elaborada en base de los datos encuestados.

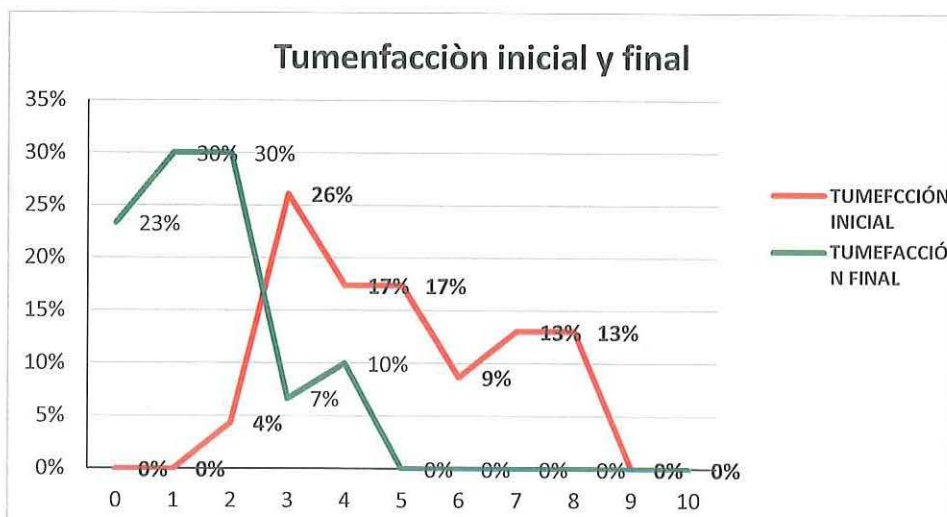
Según la escala visual analógica Eva se ha clasificado (0) cuando no hay dolor, de 1 a 3 como dolor leve, de 4 a 6 como dolor moderado y de 7 a 10 como dolor intenso.

Según el análisis de la interpretación de los datos obtenidos, en relación al dolor en la investigación se llega a determinar que al inicio los dolores de nivel moderado, se encontraban en un 70% y después de aplicar las doce sesiones de tratamiento baja a un nivel leve con un 86%, evidenciando la efectividad de las propiedades de la cúrcuma.

La edad comprendida entre 35 y 45 años es donde más se han evidenciado el dolor en rodillas siendo un 50 %, seguido de personas con edades entre 55 y 65 años con un 27 %.

3.5.2 Nivel de tumefacción inicio y final según la escala analógica visual (Eva)

Gráfico N° 22 Tumefacción inicial y final

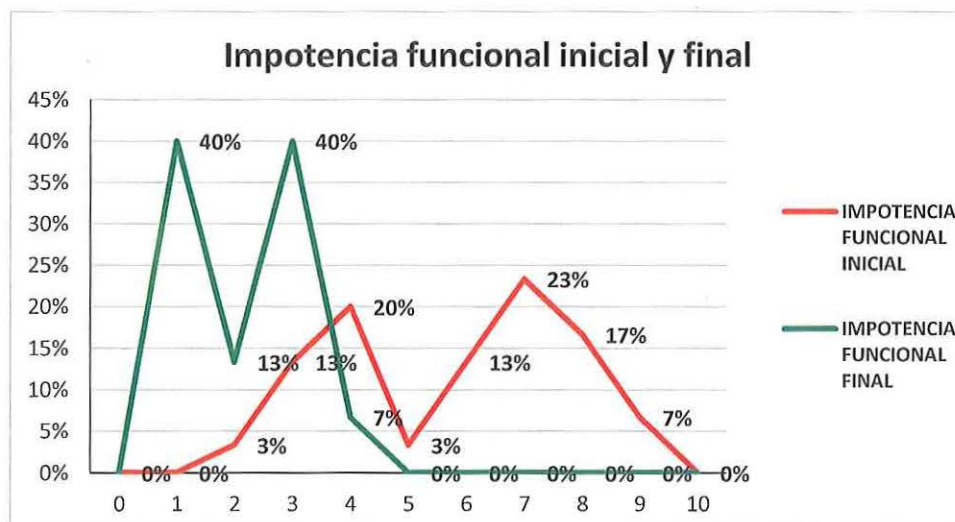


Sandra Silvia Villares (2018), *Escala analógica (Eva) dolor final* Tabla elaborada en base de los datos encuestados

De acuerdo al análisis se obtiene que el nivel de tumefacción en los pacientes al inicio de los tratamientos se encuentra concentrado en un nivel intenso con un 35%, al aplicar el tratamiento pasa a un nivel moderado del 60%, seguido con un nivel moderado del 60% pasa a nivel leve y sin dolor con 83%.

3.5.3 Nivel de impotencia funcional inicial y final en los pacientes.

Grafico N° 23 Impotencia funcional inicial y final



Sandra Silvia Villares (2018), *Escala analógica (Eva) dolor final* Tabla elaborada en base de los datos encuestados

Las personas que han sentido dolor e tumefacción, también se han caracterizado por tener dificultades de impotencia funcional en la rodilla se encuentra con dificultad intensa un 47% y dificultad moderada un 16% y dificultad leve un 36%, luego de realizar las sesiones de aplicación de cataplasma de cúrcuma, se observa que la dificultad para mover la rodilla disminuye pasando de intenso a leve, siendo el leve el 93% como indica el gráfico 23

CONCLUSIONES

En el estudio se ha comprobado que la cúrcuma tiene varios efectos medicinales como la reducción de inflamación en caso de artritis por tener curcuminato sódico y diferuloilmetano (curcumina) que se consideran como uno de los componentes con propiedades antiinflamatorias.

En el estudio realizado se evidencia que los dolores articulares de los pacientes participantes objeto de estudio se focaliza en personas comprendidas entre los treinta cinco años y cuarenta cinco años disminuyendo su dolor impotencia funcional y tumefacción.

Al realizar las sesiones con cataplasma de cúrcuma a los pacientes que manifiestan dolores articulares se evidencia que las intensidades según la escala visual analógica Eva pasan de nivel moderado que corresponde el 70% a nivel leve de 86% evidenciando la efectividad de las propiedades de la cúrcuma para reducir los dolores articulares.

RECOMENDACIONES

Aprovechar las bondades de la cúrcuma mediante el conocimiento y divulgación de sus propiedades, para aplicar en los diferentes dolores articulares

Para obtener resultados eficientes, con la cataplasma de cúrcuma es necesario que los tratamientos se lleven en forma disciplinada y con mayor periodo de tiempo.

Tanto el dolor, la tumefacción y la impotencia funcional se encuentra relacionados; por lo cual se debe buscar alternativas adicionales al cataplasma utilizando cúrcuma para mejorar la capacidad de respuesta ante estos efectos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cleveland , C. (1995). Artritis. Extraído el 2 de septiembre desde <http://www.Artriticlevelandclinic.org/health/sHIC/html/s7082.asp>
Recuperado el
- Dirección, N. d. (2016). *Manual metodológico*. Quito.
- Garrido, G. (2008). *Gran Diccionario de las Plantas Medicinales*. Madrid: Libro Hobby.
- Palmer, R. (2013). Domine su artritis. Tipos de artritis. Articulaciones Extraído e05 de septiembre del 2018 desde: [file:///C:/Users/HP%20G42/Downloads/%E2%92%BA%E2%93%88+%C2%BB+Domine+Su+Artritis+PDF-Libro%252C+Ricardo+Palmer%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/HP%20G42/Downloads/%E2%92%BA%E2%93%88+%C2%BB+Domine+Su+Artritis+PDF-Libro%252C+Ricardo+Palmer%20(5).pdf).
- Peña wilson, C. (s.f.). Trabajo de fin de grado. Curcuma. Extraído el 04 de septiembre desde: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/CARMEN>
- Pro, E. A. (Enero de 2012). Articulaciones. Extraída 17 de octubre desde: <http://fhu.unse.edu.ar/carreras/obs/anatomo/proanatomiaclinica.pdf>.
Recuperado el 5 de Septiembre de 2018
- Revista de asociacion, M. A. (04 de Abril de 2007). [file:///C:/Users/HP%20G42/Downloads/pdfpat040407%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%20G42/Downloads/pdfpat040407%20(1).pdf).
Recuperado el 5 de Septiembre de 2018
- Ribeiro , R. (2013). https://med.unne.edu.ar/web/wp-content/uploads/2018/04/introduccion_a_la_anatomia-1_trayecto.pdf.
Recuperado el 05 de septiembre de 2018
- Rodas Trujillo, K. J. (7 de Noviembre de 2016). <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/viewFile/1430/1168>. Recuperado el 4 de Septiembre de 2018
- Rodríguez, S. (2017). Cura cáncer natural. Contraindicaciones. Extraído el 05 de septiembre del 2018 <https://curacancernatural.org/curcuma-contraindicaciones/>.
- Saiz de Cos , P. (2014). Serie Botánica. Cúrcuma I (Cúrcuma longa L.). <https://eprints.ucm.es/27836/1/C%C3%9ARCUMA%20%20Paula%20Saiz.pdf>. Recuperado el 22 de Julio de 2018.
- Univesidad Nacional, D. D. (2008). Metodología de la investigación <http://blog.uca.edu.ni/jmedina/files/2011/06/Proceso-de-investigacion-Cientifica1.pdf>. Recuperado el 02 de Septiembre de 2018
- Armenteros , J. (15 de Agosto de 2015). Enfermeras en urgencias y UCI. Escala de Valoración del dolor. Extraído el 2 de octubre del 2018 desde.

<http://enfermeroemergencias.blogspot.com/2015/08/escalas-de-valoracion-del-dolor.html>. Recuperado el 25 de Septiembre de 2018

ANEXOS

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma sobre dolores articulares de rodilla por artritis.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 15 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Lanzarote y Bonanza; de la
ciudad de Ayto; en calidad de paciente ___ o
como representante ___ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares Gilares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
realización del procedimiento de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO ___ he sido
informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 18 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Conjunta La Virgen Llano Chico; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante _____ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma sobre dolores articulares de rodilla por artritis.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 18 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Conjunta para habitacion N° 2, Pasaje; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante _____ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
realización del procedimiento de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido
informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: 090503025-0

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 25 MES OCTUBRE AÑO 2018

Yo _____, con CI. _____,
domiciliado en CALDERÓN; de la
ciudad de QUITO; en calidad de paciente o
como representante del paciente _____
autorizo a SANDRA SILVIA VILLARES CALDERÓN, con
profesión o especialidad de NATUROPATÍA; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 18 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Carapungo; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante _____ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma sobre dolores articulares de rodilla por artritis.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 16 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con C.I. _____;
domiciliado en Barrio Ecuador; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante _____ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
realización del procedimiento de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido
informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma sobre dolores articulares de rodilla por artritis.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 08 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Ciudad (Adob Bedayo y Caprao); de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares Capurone 2, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
realización del procedimiento de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido
informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar(al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 18 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Calle Carapungo Sector (Calderon); de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente ___ o
como representante ___ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO ___ he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar(al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 24 MES Octubre AÑO 2012

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Barro Grande; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares Garziteiro, con
profesión o especialidad de _____; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 12 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Vellavista de Calderón; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante _____ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares Cavilanes, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 18 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en San Juan; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante _____ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 13 MES 10 AÑO 2018

Yo _____, con CI. _____;
domiciliado en Sector 4 de Octubre San Francisco de Quito; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente ___ o
como representante ___ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO ___ he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 18 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. 1712484797;
domiciliado en CIBAO NOROCCIDENTAL; de la
ciudad de Puerto Plata; en calidad de paciente _____ o
como representante _____ del paciente _____;
autorizo a SANDRA VILLARES con
profesión o especialidad de NATUROPATIA; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI _____ NO _____ he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 14 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Calderón; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante _____ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar(al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 13 MES 10 AÑO 2018

Yo _____, con CI. _____;
domiciliado en Cooperativa Unida Nacional; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC.IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma sobre dolores articulares de rodilla por artritis.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 25 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____
domiciliado en BOLIVIO COYAS; de la
ciudad de QUITO; en calidad de paciente o
como representante del paciente _____;
autorizo a SANDRA VILARES, con
profesión o especialidad de NATUROPATIA; para la
realización del procedimiento de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido
informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 10 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Bellavista de Balderón; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente — o
como representante — del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma sobre dolores articulares de rodilla por artritis.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 17 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en La Bota; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
realización del procedimiento de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido
informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: a _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar(al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 15 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____
domiciliado en Mariposas de Calderón; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante del paciente _____
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar(al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 10 MES 10 AÑO 2018

Yo _____, con CI. _____;
domiciliado en Carapungo; de la
ciudad de _____; en calidad de paciente o
como representante _____ del paciente _____;
autorizo a _____, con
profesión o especialidad de _____; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO _____ he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma sobre dolores articulares de rodilla por artritis.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 10 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Goldercy; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante _____ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares Gavilanes, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
realización del procedimiento de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido
informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 14 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Bella Vista; de la
ciudad de _____; en calidad de paciente ___ o
como representante ___ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar(al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 11 MES 10 AÑO 2018

Yo _____, con CI. _____;
domiciliado en San Juan; de la
ciudad de Antio; en calidad de paciente ___ o
como representante ___ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar(al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 23 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Calderon; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente - o
como representante - del paciente _____;
autorizo a Sandra Silvia Villares Gavilanez, con
profesión o especialidad de Naturopatia; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma sobre dolores articulares de rodilla por artritis.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 8 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en Caldesin Ciudad 2 Calle la Concordia; de la
ciudad de Asito; en calidad de paciente ___ o
como representante ___ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatia; para la
realización del procedimiento de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO ___ he sido
informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma sobre dolores articulares de rodilla por artritis.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 20 MES 10 AÑO 2018

Yo _____, con CI. _____
domiciliado en Caldesón; de la
ciudad de Avitá; en calidad de paciente o
como representante del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatía; para la
realización del procedimiento de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido
informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma para dolores articulares por artritis en rodillas.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 10 MES 10 AÑO 2018

Yo _____ con CI. _____;
domiciliado en en moran; de la
ciudad de Quito; en calidad de paciente o
como representante _____ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatia; para la
aplicación de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI _____ NO _____ he sido informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CC. IDENTIDAD: _____

Previo al tratamiento le será requerido firmar (al paciente, padre, tutor representante) el formulario de "CONSENTIMIENTO INFORMADO", donde autoriza la terapia de cataplasma de Cúrcuma sobre dolores articulares de rodilla por artritis.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
Sandra Villares

ESPECIALIDAD
Estudiante de Naturopatía

FECHA: DIA 20 MES 10 AÑO 2018

Yo _____, con Ci. _____;
domiciliado en Calderon; de la
ciudad de quito; en calidad de paciente o
como representante _____ del paciente _____;
autorizo a Sandra Villares, con
profesión o especialidad de Naturopatia; para la
realización del procedimiento de cataplasma de cúrcuma para lo cual, SI NO he sido
informado

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

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

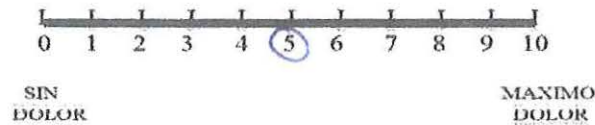
CC. IDENTIDAD: _____

ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre J.R. Edad 44

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

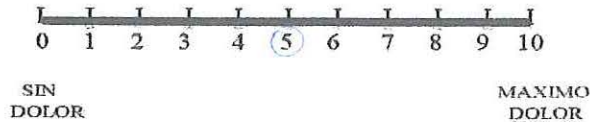


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre P. M. Edad 35

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

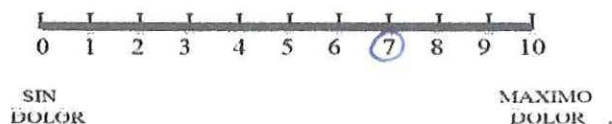


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H.R Edad 66

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

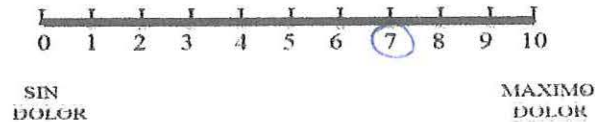


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre J.P Edad 62

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años		3 a 5 años	<input checked="" type="checkbox"/>	6 a 10 años	
------------	--	------------	-------------------------------------	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo		Lateral interno		Posterior	
----------	-------------------------------------	-----------------	--	-----------------	--	-----------	--

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años		45 a 55 años		55 a 65 años		Mayor a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	--	--------------	--	--------------	--	-----------------	-------------------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca		Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces		Frecuentamente		siempre	
-------	--	----------	-------------------------------------	---------------	--	----------------	--	---------	--

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

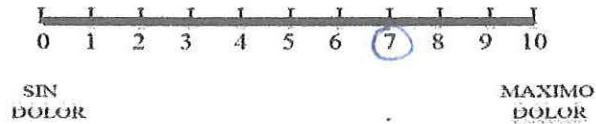


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H.G Edad 56

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

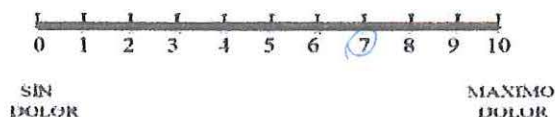


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre O.T Edad 63

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input checked="" type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

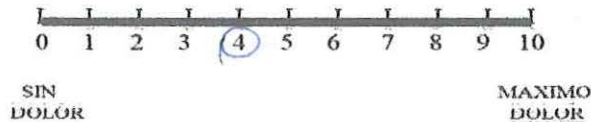


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre A.F Edad 41

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

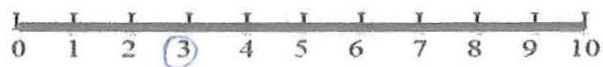
4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

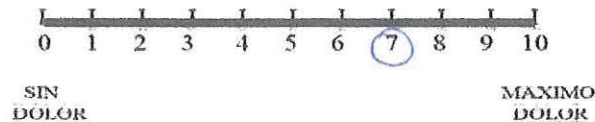


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre P.G Edad 36

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

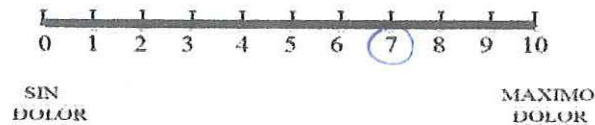


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H.C Edad 64

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	3 a 5 años	<input checked="" type="checkbox"/>	6 a 10 años
------------	------------	-------------------------------------	-------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	Lateral externo	Lateral interno	<input checked="" type="checkbox"/>	Posterior
----------	-----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	45 a 55 años	55 a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/>	Mayor a 65 años
--------------	--------------	--------------	-------------------------------------	-----------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	<input checked="" type="checkbox"/>	Frecuentamente	siempre
-------	----------	---------------	-------------------------------------	----------------	---------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

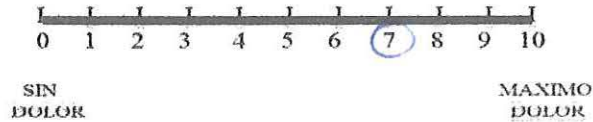


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre A.L. Edad 52

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

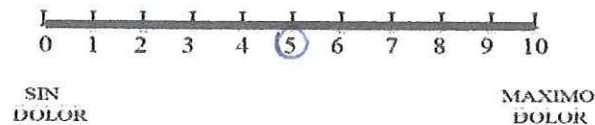


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre A.P Edad 53

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input checked="" type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

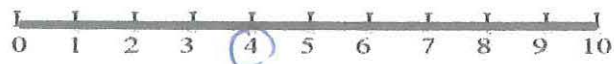
5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

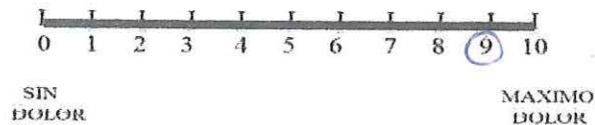


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre S. V. Edad 46

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

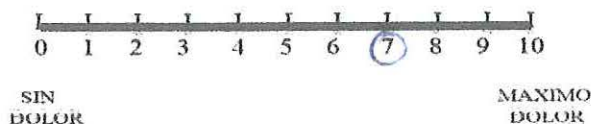


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre S.M Edad 43

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/> 3 a 5 años	6 a 10 años	
------------	--	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral externo	Lateral interno	Posterior	
----------	---	-----------------	-----------	--

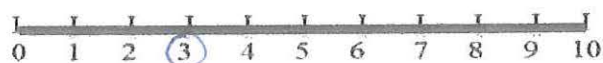
4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/> 45 a 55 años	55 a 65 años	Mayor a 65 años	
--------------	--	--------------	-----------------	--

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/> Algunas veces	Frecuentamente	siempre	
-------	----------	---	----------------	---------	--

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

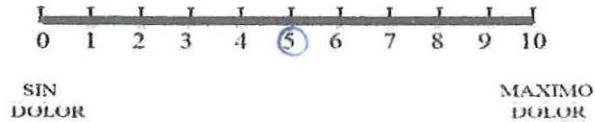


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre C. H. Edad 36

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

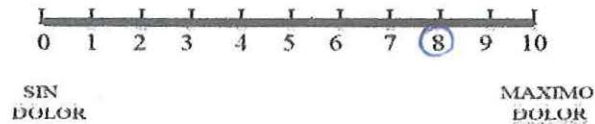


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre N.P Edad 45

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input checked="" type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

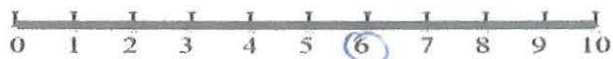
5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input checked="" type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	-------------------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

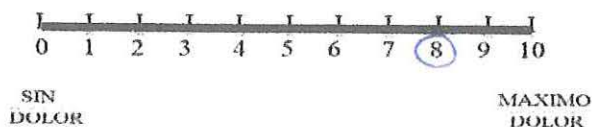


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre C. Q Edad 36

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años		3 a 5 años	<input checked="" type="checkbox"/>	6 a 10 años	
------------	--	------------	-------------------------------------	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior		Lateral externo		Lateral interno		Posterior	
----------	--	-----------------	--	-----------------	--	-----------	--

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años		55 a 65 años		Mayor a 65 años	
--------------	-------------------------------------	--------------	--	--------------	--	-----------------	--

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca		Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces		Frecuente mente		siempre	
-------	--	----------	-------------------------------------	---------------	--	-----------------	--	---------	--

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

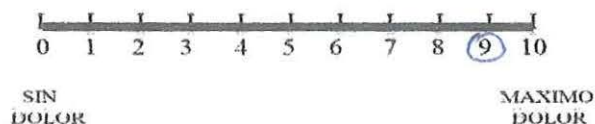


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre C.B Edad 42

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input checked="" type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	-------------------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

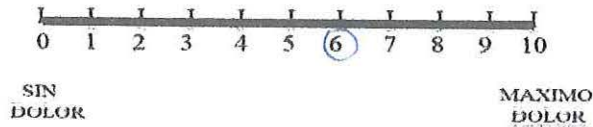


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre U. J. H. Edad 5 años

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

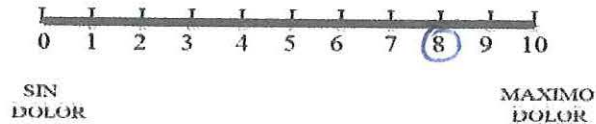


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H.T Edad 42

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

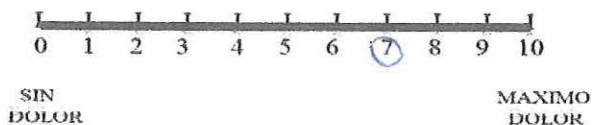


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre N.A Edad 41

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

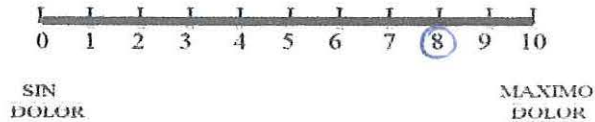


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre C.H Edad 36

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

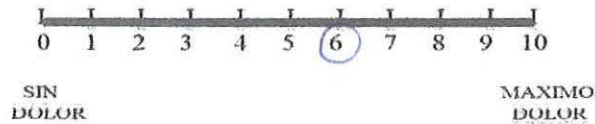


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre R.H Edad 53

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

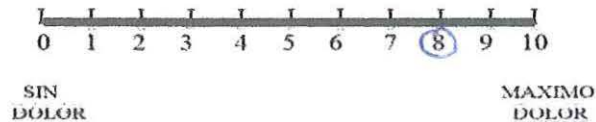


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H. C Edad 35

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input checked="" type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

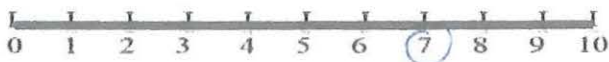
5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input checked="" type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	-------------------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

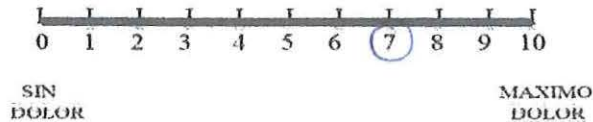


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre J. B. Edad 42

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

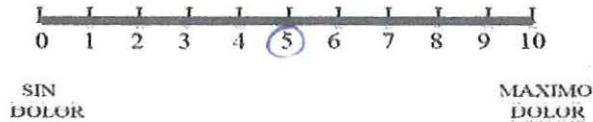


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H. R Edad 66

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------

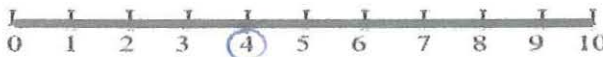
5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

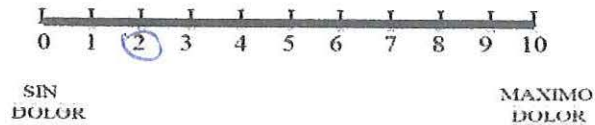


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre J.H Edad 36

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

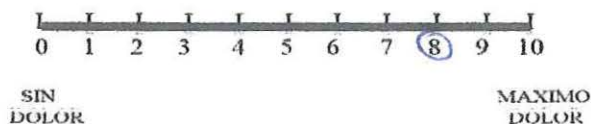


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre L. P Edad 46

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

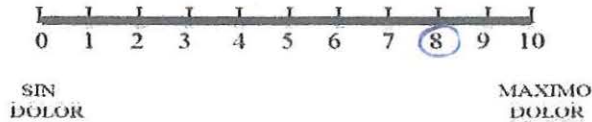


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre J.S Edad 48

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

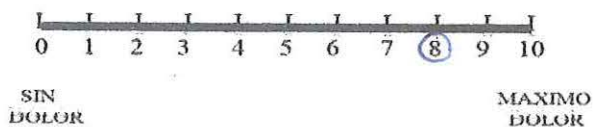


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H. CH Edad 50

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

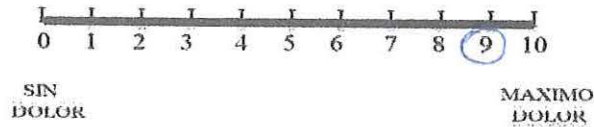


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H.P Edad 56

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años		3 a 5 años	<input checked="" type="checkbox"/>	6 a 10 años	
------------	--	------------	-------------------------------------	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo		Lateral interno		Posterior	
----------	-------------------------------------	-----------------	--	-----------------	--	-----------	--

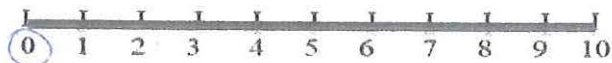
4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años		45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años		Mayor a 65 años	
--------------	--	--------------	-------------------------------------	--------------	--	-----------------	--

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez		Algunas veces		Frecuente mente		siempre	
-------	-------------------------------------	----------	--	---------------	--	-----------------	--	---------	--

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

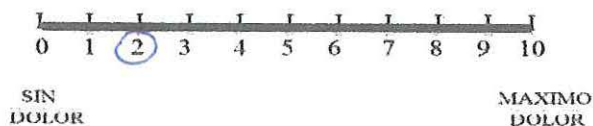


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre J. R Edad 44

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

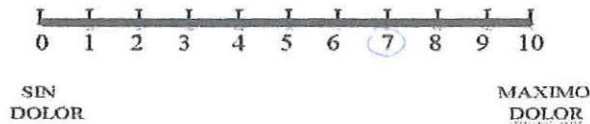


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre P.H Edad 33

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	-----------------	--------------------------

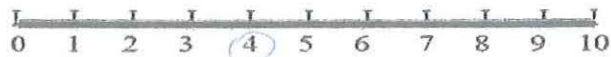
5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

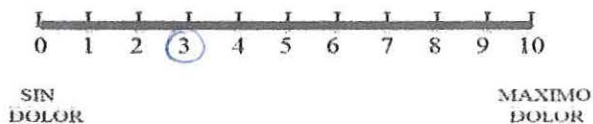


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H.R. Edad 66

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

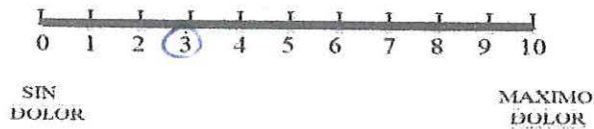


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre J.P Edad 62

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años		3 a 5 años	<input checked="" type="checkbox"/>	6 a 10 años	
------------	--	------------	-------------------------------------	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo		Lateral interno		Posterior	
----------	-------------------------------------	-----------------	--	-----------------	--	-----------	--

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años		45 a 55 años		55 a 65 años		Mayor a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	--	--------------	--	--------------	--	-----------------	-------------------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca		Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces		Frecuente mente		siempre	
-------	--	----------	-------------------------------------	---------------	--	-----------------	--	---------	--

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

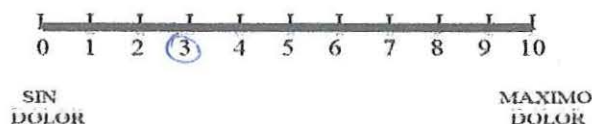


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre OT Edad 63

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input checked="" type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

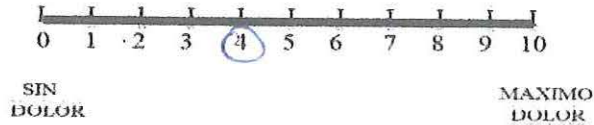


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre M.G Edad 56

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/> 3 a 5 años	6 a 10 años	
------------	--	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral externo	Lateral interno	Posterior	
----------	---	-----------------	-----------	--

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	45 a 55 años	55 a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/> Mayor a 65 años	
--------------	--------------	--------------	---	--

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/> Algunas veces	Frecuente mente	siempre	
-------	----------	---	-----------------	---------	--

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

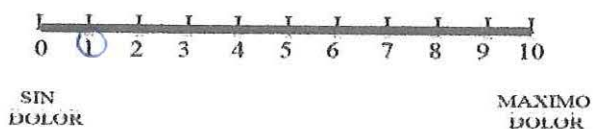


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre A.F Edad 41

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

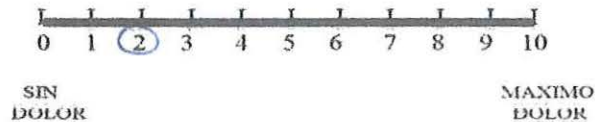


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre P. G Edad 36

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años		6 a 10 años	
------------	-------------------------------------	------------	--	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo		Lateral interno		Posterior	
----------	-------------------------------------	-----------------	--	-----------------	--	-----------	--

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años		55 a 65 años		Mayor a 65 años	
--------------	-------------------------------------	--------------	--	--------------	--	-----------------	--

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca		Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces		Frecuente mente		siempre	
-------	--	----------	-------------------------------------	---------------	--	-----------------	--	---------	--

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

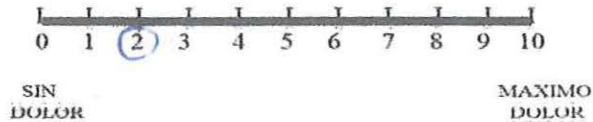


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H.C Edad 64

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años		3 a 5 años	<input checked="" type="checkbox"/>	6 a 10 años	
------------	--	------------	-------------------------------------	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior		Lateral externo		Lateral interno	<input checked="" type="checkbox"/>	Posterior	
----------	--	-----------------	--	-----------------	-------------------------------------	-----------	--

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años		45 a 55 años		55 a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	
--------------	--	--------------	--	--------------	-------------------------------------	-----------------	--

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca		Rara vez		Algunas veces	<input checked="" type="checkbox"/>	Frecuente mente		siempre	
-------	--	----------	--	---------------	-------------------------------------	-----------------	--	---------	--

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

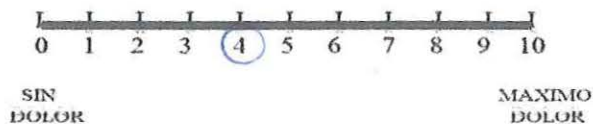


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre A.L Edad 52

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	3 a 5 años	6 a 10 años	
------------	------------	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral externo	Lateral interno	Posterior
----------	---	-----------------	-----------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/> 55 a 65 años	Mayor a 65 años
--------------	--------------	--	-----------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	siempre
-------	--	---------------	-----------------	---------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

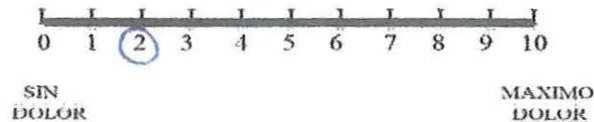


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre A.P Edad _____

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input checked="" type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

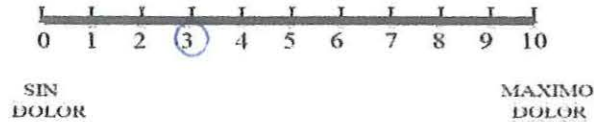


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre S.V Edad 46

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

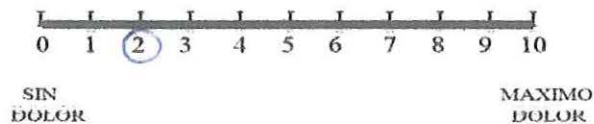


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre S.H Edad 43

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

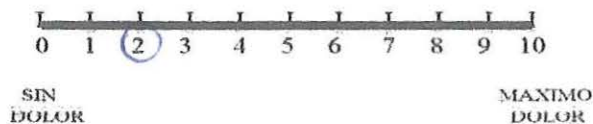


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre C.H Edad 36

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

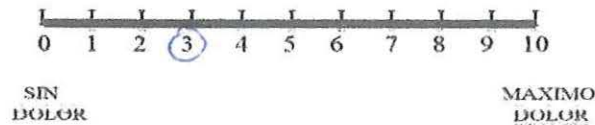


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre N.P Edad 45

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input checked="" type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input checked="" type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	-------------------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

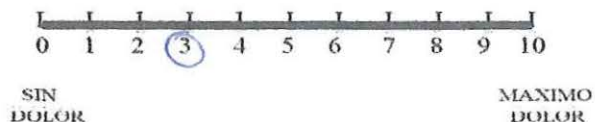


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre C. Q. Edad 36

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años		3 a 5 años	<input checked="" type="checkbox"/>	6 a 10 años	
------------	--	------------	-------------------------------------	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior		Lateral externo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral interno		Posterior	
----------	--	-----------------	-------------------------------------	-----------------	--	-----------	--

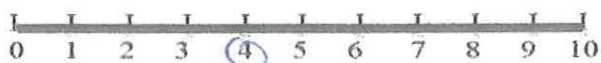
4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años		55 a 65 años		Mayor a 65 años	
--------------	-------------------------------------	--------------	--	--------------	--	-----------------	--

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca		Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces		Frecuentamente		siempre	
-------	--	----------	-------------------------------------	---------------	--	----------------	--	---------	--

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

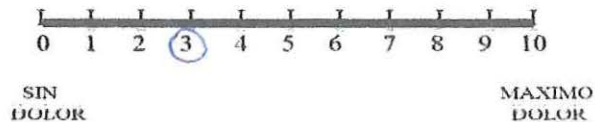


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre C.B Edad 42

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input checked="" type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	-------------------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

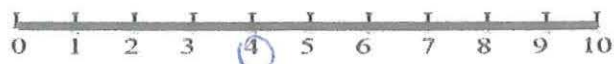
5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

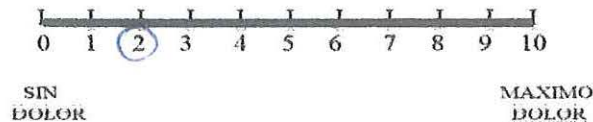


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre U.L.N Edad 50 años

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

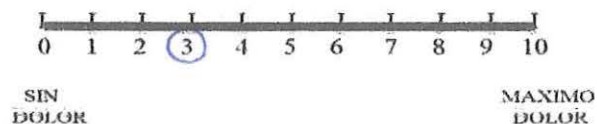


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H.T Edad 42

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	3 a 5 años	6 a 10 años	
------------	------------	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	Lateral externo	Lateral interno	Posterior
----------	-----------------	-----------------	-----------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	45 a 55 años	55 a 65 años	Mayor a 65 años
--------------	--------------	--------------	-----------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentamente	siempre
-------	----------	---------------	----------------	---------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

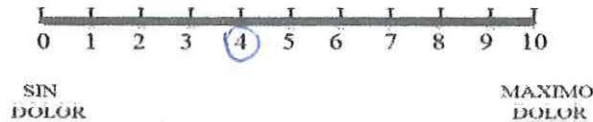


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre N.A Edad 41

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

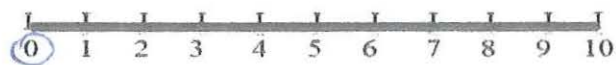
4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

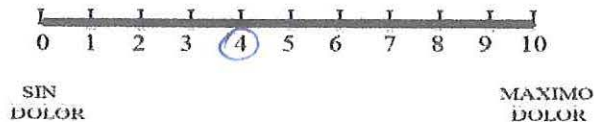


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre C.H Edad 36

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	6 a 10 años	
------------	-------------------------------------	------------	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	Lateral interno	Posterior
----------	-------------------------------------	-----------------	-----------------	-----------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	55 a 65 años	Mayor a 65 años
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------	-----------------

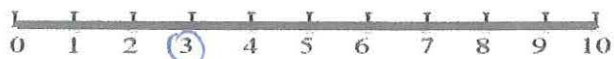
5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez	Algunas veces	Frecuentamente	siempre
-------	-------------------------------------	----------	---------------	----------------	---------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

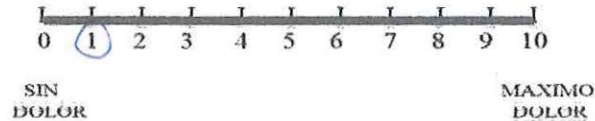


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre R. H Edad 53

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Algunas veces	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	---	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

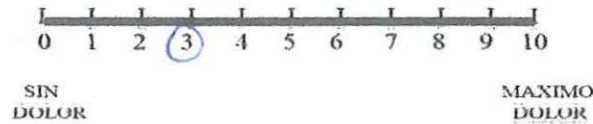


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H.C Edad 35

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input checked="" type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input checked="" type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	-------------------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

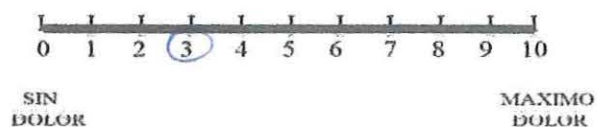


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre J. B Edad 42

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

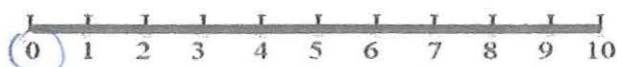
4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

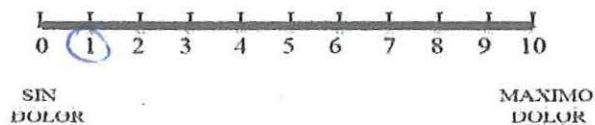


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H. B. Edad 66

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

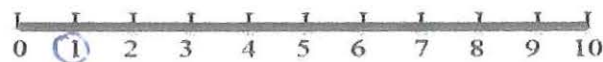
4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

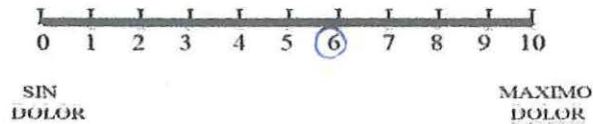


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre J. H Edad 36

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input checked="" type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

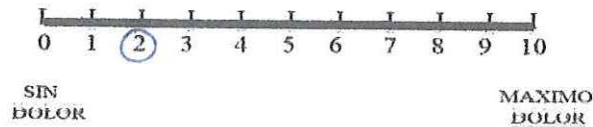


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre L.P Edad 46

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo	<input type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuente mente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

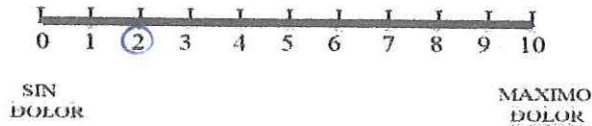


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre J.S Edad 48

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	3 a 5 años	6 a 10 años
------------	------------	-------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral externo	Lateral interno	Posterior
----------	---	-----------------	-----------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/> 55 a 65 años	Mayor a 65 años
--------------	--------------	--	-----------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	siempre
-------	--	---------------	-----------------	---------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

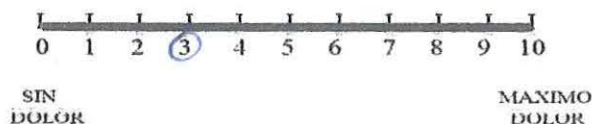


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H. CH Edad 50

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input type="checkbox"/>	Lateral externo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral interno	<input type="checkbox"/>	Posterior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años	<input type="checkbox"/>	45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años	<input type="checkbox"/>	Mayor a 65 años	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Rara vez	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentamente	<input type="checkbox"/>	siempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:

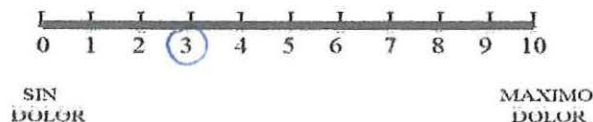


ENCUESTA PARA DOLORES ARTICULARES POR ARTRITIS EN RODILLA

Lea y conteste el listado de preguntas que se encuentran a continuación

Nombre H.P Edad 56

1. En la siguiente escala valore su dolor, siendo 1 mínimo y 10 máximo



2. ¿Desde qué tiempo tiene el dolor?

1 a 2 años		3 a 5 años	<input checked="" type="checkbox"/>	6 a 10 años	
------------	--	------------	-------------------------------------	-------------	--

3. ¿Qué parte de la rodilla le duele?

Anterior	<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral externo		Lateral interno		Posterior	
----------	-------------------------------------	-----------------	--	-----------------	--	-----------	--

4. ¿A qué edad inicio su dolor?

35 a 45 años		45 a 55 años	<input checked="" type="checkbox"/>	55 a 65 años		Mayor a 65 años	
--------------	--	--------------	-------------------------------------	--------------	--	-----------------	--

5. ¿Ha tenido hinchazón en la rodilla?

Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>	Rara vez		Algunas veces		Frecuentemente		siempre	
-------	-------------------------------------	----------	--	---------------	--	----------------	--	---------	--

6. ¿Su nivel de hinchazón es de?



7. El nivel de dificultad para mover la rodilla es de:





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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres						
15-10-2018												
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión				
	M	X	F	Mestiza	S	C	X	D	V	U.L.	Primaria	Seguridad
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual					
Guardia		Los Ríos										
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono				
				Londazuri y Bonanza								
Referencia familiar							Teléfono					

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla piezo derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	Caida (se partió la nariz)
Niñez	
Adolescencia	
Adulto Joven	Dolor de rodilla
Adulto Mayor	

AGO

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

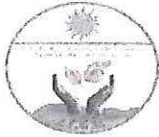
3 ANTECEDENTES FAMILIARES

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

Hipertension 3.

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente hombre de 44 años refiere que hace cinco años presenta dolor de rodilla derecha postero anterior con una intensidad 5/10 empezó desde que permaneció mucho tiempo de pie en el trabajo el dolor se mantiene en un solo sitio se hincha y se dificulta el movimiento.



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											
Fecha de Ingreso		18-10-2018			Apellidos				Nombres		
18-10-2018											
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión		
39	M	X	F		S	C	D	V	U.L.		
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual			
		Quito			9-11-1970						
Residencia Ocasional			Religión	Dirección				Teléfono			
				Cuidadon Nano chico							
Referencia familiar								Teléfono			
2 MOTIVO DE CONSULTA											
Dolor de rodilla izquierda											
3 ANTECEDENTES PERSONALES						DATOS CLÍNICO-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS					
Infancia		nació parto normal									
Niñez		Pos. gupo rosucala									
Adolescencia		Depues acné									
Adulto Joven		Dolor de rodilla izquierda -Infección de vasos sanguíneos									
Adulto Mayor											
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			
2 papa											
4 ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente hombre de 39 años de edad refiere tener dolor de rodilla izquierda desde antes con una intensidad de 7/10. El dolor hace al paciente aparece el dolor frecuente en la noche al acostarse y no mover.											



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro ENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
08.10.2018									
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión		
66	M	Mestizo	S	C	X	D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Ama de casa		Quiché		9-11-1952					
Residencia ocasionales			Religión	Dirección			Teléfono		
			Católico	San Juan (Cajonito San Agustín)					
Referencia familiar							Teléfono		

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	Grupo de riesgo								
Niñez	Normal								
Adolescencia									
Adulto Joven	35 años comenzó a dar dolor 47 años requirió cirugía								
Adulto Mayor									

AGO

Menarquia	14	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 hijos

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente mujer de tercera edad refiere tener dolor de rodilla derecha parte lateral externa con una intensidad de 7/10 irradia hacia el tobillo empezó al mover rápido la rodilla, nuevamente se hincha, tiene un poco dificultad al mover.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
20-10-2018									
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión	
62	M	<input checked="" type="checkbox"/> F		S	C	<input checked="" type="checkbox"/> D	V	U.L.	
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Atención cliente		7-10-1956							
Residencia ocasionales			Religión	Dirección			Teléfono		
			Católica	Adela Badolleta Calderón			0990445813		
Referencia familiar						Teléfono			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	Buen parte normal								
Niñez	varicela gripe								
Adolescencia	dono								
Adulto Joven	Dolor de rodilla (artrosis)								
Adulto Mayor									

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 hombre de 62 años de edad refiere que hace 4 años presenta dolor de rodilla derecha parte anterior con una intensidad de 7/10 Empieza de un rato a otro el dolor pronto por la tarde. Hay hinchazón no difículta al mover, caminar y subir gradas.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres					
18/10/2018											
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión			
63	M	F	X	Quechua	S	C	D	V	U.L.	Primario	
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
		Quito			01/05/1956						
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono			
			Católica	Carpunzo							
Referencia familiar							Teléfono				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	Paciente de nacimiento normal									
Niñez	gripe frecuente									
Adolescencia										
Adulto Joven	Espuelón Dolores en rodillas									
Adulto Mayor										

AGG

Menarquia	14	FUM		G		P		A		C		HV	HM	PF		CICLOS
Menopausia	50 años	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
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	------------	-------------	------------	---------

3 mema

4 ENFERMEDAD ACTUAL

paciente mayor de 63 años de edad refiere hace un año presenta dolor de rodilla derecha parte lateral interna con una intensidad de 6/10 empezó de un día al otro aumentar hacia el lado del mismo lado por la noche empeora el dolor hay hinchazón y dificultad



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres					
16-10-2018											
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión		
56 años	M	F	X	S	C	X	D	V	U.L.	Primaria	Amama de los
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
Amo de casa		Pichincha			26-03-1962						
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono			
				Barrio Ecuador Calderón				054414328			
Referencia familiar								Teléfono			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO-OBSTÉTRICOS

Infancia	Sarampión										
Niñez	Grupos sanguíneos										
Adolescencia											
Adulto Joven	Extratamiento Artritis en rodilla										
Adulto Mayor											

AGO

Menarquia	14 años	PUM	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
--------------	-------------	------------	-----------	------------	-------------	--------------	------------	---------

2 papa

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente mujer de 56 años refiere que hace un año y medio tiene dolor de rodilla derecha parte anterior con una intensidad de 7/10. Empezó después de una caída, al flexionarse y caminar el dolor se agudiza, raro vez se hincha.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres					
10/10/2018											
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión			
41	M	X	F	Mestizo	S	C	X	D	V	U.L.	Secundaria
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
Atencion de auto											
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono			
			catolica								
Referencia familiar							Teléfono				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	
Nifex	
Adolescencia	
Adulto Joven	27 años Pulmonia
Adulto Mayor	

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 hombre de 41 años de edad refiere que hace 2 años presenta dolor de rodilla derecha lateral externa con una intensidad de 4/10 Empezo despues de una caída el dolor se mantiene en un so sitio empeora en la noche hay hinchazon y dificultad al mover



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

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres			
18/10/2018						
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil		Instrucción	Profesión
36	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Mestizo	S <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>	Primaria		
Ocupación		Lugar de nacimiento	Fecha de Nacimiento	Residencia habitual		
Atención choute		Santo Domingo	16/01-1984			
Residencia ocasionales		Religión	Dirección		Teléfono	
		católica	Calle Carapango (Sector Calderon)			
Referencia familiar					Teléfono	

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla izquierda

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	Tos frecuente
Adolescencia	Vanceña
Adulto Joven	Dolor de rodilla Caída de moto a los 32 años
Adulto Mayor	

AGD

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 mamá

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente hombre de 36 años refiere que hace un año presenta dolor de rodilla izquierda parte anterior con una intensidad de 7/10 empezó hace aparte de una caída de moto, no irradia, hay hinchazón y se dificulta la movilidad.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
24/10/2018									
Edad	Sexo	Reza	Estado Civil			Instrucción	Profesión		
64	M	F	Mestiza	S	C	D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Conserje		Quito		5-11/1954					
Residencia ocasionales		Religión	Dirección			Teléfono			
			Conjunto Pueblo blanco						
Referencia familiar						Teléfono			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	10 a 13 Gripes frecuentes
Adolescencia	
Adulto Joven	35 años Gravidia Quistes en ovario derecho
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	15	FUM		G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS
Menopausia	53	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 mujer de 64 años de edad refiere que hace cuatro años presenta dolor de rodilla derecha con una intensidad que empezó de un rato a otro no hay irradiación, tiene hinchazón se dificulta el movimiento



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
12/10/2018									
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión	
52	M	Mestizo	S	C	X	D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Artesano		Cayambe (Pichincha)		6-04/1963					
Residencia ocasionales		Religión	Dirección				Teléfono		
		Católico	Terraza de Bellavista Calderón				0990244143		
Referencia familiar						Teléfono			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	Grupos
Niñez	
Adolescencia	16 años (cirugía de una muela)
Adulto Joven	Hipertensión controlada
Adulto Mayor	

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

5 papá

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente hombre de 52 años refiere tener dolor de rodilla derecha en la parte anterior con una intensidad de 7/10 aparece de un día para otro de manera lenta y después se agudiza no hay irradiación, no se hincha, se dificulta el movimiento.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres					
18-10-2018											
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión		
53	M	F	Mestiza	S	C	X	D	V	U.L.	Primaria	Guardia
Ocupación			Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
Atenuación Monte			Las Pias		7-10-1966		Caldesón				
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono			
			Católica	Barrio San Juan							
Referencia familiar								Teléfono			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	Grupos efervescentes
Adolescencia	
Adulto Joven	Hepatitis (20 años) Polidromia (25 años) Dolor de rodilla (51 años)
Adulto Mayor	

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 Hama

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 53 años refiere que hace dos años tiene dolor de rodilla derecha parte lateral interna con una intensidad de 3/10 empezó al jugar voleibol rara vez se hincha, tiene dificultad al caminar, al flexionar rodilla hacia la parte del mismo lado.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres						
24/10/2018												
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión				
46	M	F	X	Haitiano	S	C	X	D	V	U.L.	Superior	
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual					
atención cliente		Haiti			29/11/1972							
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono				
			adventista	Calderon calle Jose Joqui				0932887057				
Referencia familiar							Teléfono					

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de pierna derecha (parte de la rodilla)

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	Baños Asma										
Niñez											
Adolescencia											
Adulto Joven	Presión alta controlada Dolor rodilla Artiles Diagnosada hace seis meses osteopenia										
Adulto Mayor											

AGO

Menarquia	15 años	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
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	------------	--------------	------------	---------

1 mamá

3 hipertensión

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente mujer de 46 años refiere tener dolor de rodilla derecha en la parte anterior con una intensidad 9/10. Empezó hace un año por estar mucho tiempo de pie, no hay irradiación, tiene inmovilidad y recientemente fue diagnosticada osteopenia



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
15/10/2018									
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión
43	M	<input checked="" type="checkbox"/> F	Mestiza	S	C	<input checked="" type="checkbox"/> D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Ventas		Chumborazo		29/10/1975		calderon			
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono	
				Calle San Marcos y Bedolla					
Referencia familiar							Teléfono		

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	Varicela
Niñez	de niño le corneó una vaca en las caderas
Adolescencia	Acné subió de peso
Adulto Joven	Cirugía de L5/S1 en la espalda (parte dorsal izquierda) Artrosis en rodillas
Adulto Mayor	

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

3 papá

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente hombre de 43 años de edad refiere que hace 2 años presenta dolor de rodilla derecha con una intensidad de 7/10 empezó cuando jugaba fútbol hoy el dolor solo al mover irradió hacia el tobillo del mismo lado se hincha raras veces.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres				
13-10-2018										
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión	
36	M	F	X	mestizo	S	C	D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Amade casa					6-03-1978					
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono		
				Sector 4 de octubre San Francisco Oya						
Referencia familiar								Teléfono		

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor rodilla izquierda

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	<i>gripes frecuentes</i>									
Niñez										
Adolescencia										
Adulto Joven	<i>Dolor de rodilla</i>									
Adulto Mayor										

AGO

Menarquia	12 años	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 mujer de 36 años de edad. refiere que hace un año presenta dolor de rodilla izquierda parte lateral externo con una intensidad de 5/10. empezó después de estar algo pezados. le irradió hacia la parte externa de tobillo hay hinchazón y dificultad al movimiento rotación extensión.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
18-10-2018									
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión	
45	M	Mestizo	S	X	C	D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
ventas		Quito		26-10-1973					
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono	
			Católica	Caldesón					
Referencia familiar								Teléfono	

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla izquierda

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	Eraño varicela
Adolescencia	
Adulto Joven	Dolor de rodilla Dolor cervical
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	14	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
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

2 Abuela materna

3 Papa

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente mujer de 45 años de edad refiere que hace un año presenta dolor de rodilla izquierda parte lateral interna con una intensidad de 8/10 aparece a partir de mover rápido la pierna siempre se hincha no hay irradiación hay dificultad al mover y caminar.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres						
12-10-2018												
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión			
36	M	F	X	Hestizo	S	C	X	D	V	U.L.	Primaria	
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual					
Agricultor doméstico		Manabí (Sancti Spiritus)			7/08/1982							
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono				
			Católica	Bonanza Calderon								
Referencia familiar								Teléfono		0960765697		

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de pierna izquierda (rodilla)

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	12 años dolor de estomago
Adolescencia	14 años Dolor de cabeza
Adulto Joven	Dolor de la pierna (rodilla)
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	14	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
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

2 Tio

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente mujer de 36 años de edad refiere que hace 4 años presenta dolor de la rodilla izquierda parte lateral externa con una intensidad de 8/10 el dolor se mantiene en solo sitio a veces se hinchaba y hay dificultad para flexionar por la noche al acostarse se agudiza mas.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
13-10-2018									
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión
42	M	F <input checked="" type="checkbox"/>	Mestiza	S <input checked="" type="checkbox"/>	C	D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual		
Ventas		Quito			01/11/1976				
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono	
			Católica	Unidad Nacional					
Referencia familiar							Teléfono		

2 MOTIVO DE CONSULTA

Rodilla Izquierda Dolor

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	
Adolescencia	Varicela
Adulto Joven	(Quemaduras) se quemó con un aptoxión dolor de rodilla izquierda (9 años)
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	13	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 mujer de 42 años de edad refiere que hace dos años presenta dolor de rodilla izquierda parte posterior con una intensidad de 9/10 que irradia hacia el talón nunca se hincha al mover hay molestias al levantarse por la mañana el dolor se agudiza.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres				
25/10/2018										
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión			
50	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	Indígena	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>				Primaria			
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
Ama de casa		Cotopaxi		16/08/1968						
Residencia ocasionales		Religión	Dirección			Teléfono				
Calderón		Católica	San Juan Barrio Cojas							
Referencia familiar						Teléfono				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Rodillo izquierda dolor

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	1 año Sarampión
Adolescencia	
Adulto Joven	Artritis en rodilla
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	15 años	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 mamá

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente mujer de 50 años refiere tener dolor de rodilla izquierda parte anterior, con una intensidad de 7/10 empezó al trabajar en albañilería, no hay irradiación, hay hinchazón y se dificulta la movilidad. Acude a facultativo y le diagnostican artritis.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
10/10/2018		-							
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión		
42	M	Mestizo	S	C	X	D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Empleado doméstica		Quito		30/06/1976					
Residencia ocasionales		Religión	Dirección			Teléfono			
		Católica	Bellavista Calderon			0992066839			
Referencia familiar						Teléfono			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla izquierda

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	12 años Zanamivir
Adolescencia	14 años Varicela
Adulto Joven	Dolor de rodilla
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	11	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 mujer de 42 años refiere tener dolor de rodilla izquierda en la parte lateral externa con una intensidad de 8/10 o por la noche, el dolor está presente por la noche, se mantiene en un solo sitio, hay dificultad al movimiento (extensión y rotación).



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
17/10/2018						I			
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión	
41	M	Mestiza	S	C	X	D	V	U.L	Primario
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Ama de casa		Pichincha				Calderon			
Residencia ocasionales		Religión	Dirección				Teléfono		
		Católica	La Bota						
Referencia familiar						Teléfono			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha.

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	Jaricela a los 8 años
Adolescencia	Aene (13 años)
Adulto Joven	Gastitis (24 años) Dolor de rodilla
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	15 años	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
3 Hamá								

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente mujer de 41 años refiere que hace un año tiene dolor de rodilla derecha parte anterior con una intensidad de 7/10. Empezó después de flexión extrema en apoyo, teniendo un dolor agudo, no hay irradiación y rara vez se hinchga. La molestia es más frecuente por la noche.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres				
15-10-2018										
Edad	Sexo		Raza		Estado Civil				Instrucción	Profesión
36	M	F	X	Mestiza	S	C	D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Ama de casa					26-12-76					
Residencia ocasionales			Religión		Dirección				Teléfono	
			Católica		Sector de Calderón					
Referencia familiar								Teléfono		

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla izquierda

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	7 años Sarampión
Adolescencia	
Adulto Joven	Sesaria 25 años
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	14	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 Papá

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente mujer de 36 años refiere que hace 2 años presenta dolor de rodilla izquierda parte anterior con una intensidad de 8/10 irradiada hacia el tobillo del mismo lado. Hay dificultad al mover.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres				
10/10/2017										
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión		
53	M	F	x mestizo	S	x	C	D	V	U.L.	América
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Atención al cliente		Quito			26/09/1967					
Residencia ocasionales			Religión	Dirección			Teléfono			
			Católica	Carpungo						
Referencia familiar							Teléfono			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	
Adolescencia	
Adulto Joven	Dolor de rodilla Dolor de estómago (gastrolis)
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	9	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 mujer de 53 años de edad refiere dolor de rodilla derecha anterior con una intensidad de 4/10 empezó por estar mucho tiempo de pie en reposo de comida el dolor se mantiene en un solo sitio a veces se o rara vez se hincha, hay dificultad al mover al subir gradas



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres					
10-10-2018											
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión		
35	M	X	F	Mestizo	S	C	X	D	V	U.L.	Primario
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
Posillero		Manabí			14-02-1985						
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono			
			Católica	Caldesón							
Referencia familiar							Teléfono				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla pieerna izquierda

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Nifex	
Adolescencia	Gripes frecuente. Varicela
Adulto Joven	Dolor de rodilla izquierdo (34 años)
Adulto Mayor	

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 Cáncer								

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente hombre de 35 años refiere tener dolor de rodilla parte lateral interna con una intensidad de 8/10. apareció a partir de una caída de moto algunas veces se hincha, tiene dificultad al caminar



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
14/10/2018									
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión
42	M	<input checked="" type="checkbox"/> F	Hustiza	S	C	<input checked="" type="checkbox"/> D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Comerciante		Quito		24/04/1975					
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono	
			Católica	Bellavista de Calderón				0979217895	
Referencia familiar	hermana Horgueta Lanchumba						Teléfono	2402260	

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla de derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	
Adolescencia	
Adulto Joven	<i>Gastitis</i> <i>Dolor de rodillas</i>
Adulto Mayor	

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. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 42 años refiere tener dolor de rodilla en la parte anterior con una intensidad de 7/10 empezó a sentir por la noche la molestia al acostarse no hay irradiación, se dispara cuando sube gradas o al caminar rapido



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres				
11-10-2018										
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión	
66	M	F	Mestiza	S	C	X	D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Ama de casa		Pichincha			30-12-1951					
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono		
			Mestiza	San Juan						
Referencia familiar							Teléfono			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO--QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	Gripes frecuentes
Adolescencia	Inflamación a las amígdalas
Adulto Joven	Gastitis 35 años
Adulto Mayor	Dolor de rodilla derecha

AGO

Menarquia	14 años	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	52 años	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
--------------	-------------	------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------	---------

Mama: 2.

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente mujer de 66 años refiere que hace un año y medio presenta dolor de rodilla derecha parte lateral externa con una intensidad de 5/10. Empeza cuando hace un movimiento rapido no hay irradiación, tiene hinchazón y dificultad al mover.



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													
Fecha de Ingreso		Apellidos						Nombres					
23/10/2018													
Edad	Sexo		Raza		Estado Civil				Instrucción		Profesión		
36	M	F	Mestiza		S	C	D	V	U.L.	Primaria			
Ocupación			Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual				
Ama de Casa			Quito			08/03/1985							
Residencia ocasionales			Religión		Dirección				Teléfono				
			Católica		Caldemín								
Referencia familiar								Teléfono					
2 MOTIVO DE CONSULTA													
Dolor de rodilla Izquierda													
3 ANTECEDENTES PERSONALES							DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS						
Infancia		Bronquitis											
Niñez		varicela Sarampión											
Adolescencia		Acné											
Adulto Joven		Dolor de rodilla											
Adulto Mayor													
AGO													
Menarquia	14	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					
3 Papá													
4 ENFERMEDAD ACTUAL													
Paciente mujer de 36 años refiere que hace 2 años presenta dolor de rodilla Izquierda con una intensidad 6/10 no hay irradiación no se hincha se dificulta al mover o subir y bajar e al correr en la noche al acostarse siente un poco de adormecimiento y dolor.													



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres					
8/10/2018											
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión		
46	M	X	F	mestiza	S	C	D	X	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
Albaniel		Otavalo			21/09/1972						
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono			
			Católica	Calderon							
Referencia familiar								Teléfono			

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	<i>7 años Sarampión</i>
Adolescencia	<i>13 años dolor de cabeza</i>
Adulto Joven	<i>Cirugía de los intestinos a los 20 años Rotura en rodilla derecha a los (25 años) Supes tos frecuentes</i>
Adulto Mayor	

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
<i>2 abuela materna</i>								

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente hombre de 46 años de edad refiere que hace un año presenta dolor de rodilla derecha parte anterior con una intensidad de 8/10. empezó a partir de una caída del segundo piso mientras trabajaba en albanilería para vez se hincha hay dificultad a la movilidad.



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

Fecha de Ingreso	Apellidos				Nombres						
20/10/2018											
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión		
48	M	X	F	Mestizo	S	X	C	D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
Agricultor		Pichincha			09/04/1970						
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono			
			Católica	Londazuri Calderon							
Referencia familiar							Teléfono				

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha.

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	- tos y gupes frecuentes. Sarampión Varicela
Adolescencia	
Adulto Joven	Artrosis (en rodillas).
Adulto Mayor	

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 mamá

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente hombre de 48 años de edad refiere que hace un año y medio presenta dolor de rodilla derecha en la parte anterior con una intensidad 8/10 cupces cuando trabajaba en la agricultura con hoy irradiación se dificulta al caminar rápido y subir escaleras.



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

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
10/10/2018									
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión	
	M	F	X	S	C	D	V	U.L.	
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual		
Empleado doméstico					27/05/1968				
Residencia ocasionales			Religión	Dirección				Teléfono	
			Católico	Morán Parroquia Calderón					
Referencia familiar							Teléfono		

2 MOTIVO DE CONSULTA

Dolor de rodilla derecha

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Infancia	rascabonito 70s frecuente	
Niñez	8 años varicela	
Adolescencia	Acné	
Adulto Joven	Artritis en rodillas.	
Adulto Mayor		

AGO

Menarquia	12	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
3 hipertensión mamá								

4 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente mujer de 50 años de edad refiere que hace 2 años presenta dolor de rodilla derecha parte lateral externo con una intensidad de 8/10 empezó cuando hizo un mal movimiento de la pierna para vez se hizo hoy dificultad al moverla para subir gradas.



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															
Fecha de Ingreso		Apellidos					Nombres								
20-10-2018															
Edad	Sexo		Raza		Estado Civil				Instrucción		Profesión				
	M	F	X	Hestza	S	C	X	D	V	U.L.	Primaria				
Ocupación			Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual						
Ama de casa			Quito			14-11-1962									
Residencia ocasionales			Religión		Dirección				Teléfono						
			Católica		Entrada Carapungo Parroquia Calderón										
Referencia familiar								Teléfono							
2 MOTIVO DE CONSULTA															
Dolor de rodilla izquierda															
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO--QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS															
Infancia	Bronquitis (4 años)														
Niñez	Sarampión (10 años)														
Adolescencia															
Adulto Joven	35 años apendicitis (cirugía)														
	48 Atrapatado de moto (Fractura pierna derecha)														
	53 años Dolor de rodilla (Artritis)														
Adulto Mayor															
AGO															
Menarquía	14 años	FUM		G		P		A		C	HV	HM	PF		CICLOS
Menopausia	53	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							
3 Mama															
1 Papá															
4 ENFERMEDAD ACTUAL															
Paciente mujer de 56 años edad refiere que hace 4 años presenta dolor de rodilla izquierda con una intensidad 9/10 empezó de un rato al otro no hay inflamación tiene dificultad para caminar y subir gradas															

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
APETITO	Cambios en el apetito	S.P		Qué sabor prefiere	Salado	C.P	Dulce			
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio		Come rápido	C.P	Come Lento		
SED	Tiene sed	S.P		Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P		
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P		Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P		
	Cansancio durante el día	S.P		Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida	S.P		
DEPOSICIÓN	Frecuencia	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P		
	Deposición						Características	S.P		
SUEÑO	Horas de sueño	S.P		Calidad	S.P		Insomnio	S.P		
							A qué hora	S.P		
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	S.P		Hora	S.P		Color	S.P		
	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P		
							Ardor	S.P		
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M	S.P	S.P	
							Tabaquismo	S.P	Alcoholismo	S.P
							Drogas	S.P		

7. EXAMEN FISICO	
SIGNOS VITALES	
Presión arterial	140/70
Pulso	95
F. Respirat	16
Peso/kg.	60Kg.
Talla	166
I.M.C.	

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección					
Simetría		Reflejo Pupilar			
1. Manchas	(S.P)	A La Luz	(S.P)		
2. Cicatrices	(S.P)	Consensuado	(S.P)		
Palpación		Acomodación			
3. Puntos dolorosos	(S.P)	Convergencia	(S.P)		
ROSTRO		NARIZ		Fosas nasales	
1. Arrugas	(S.P)	Desvió	(S.P)		Desviadas
Labios		Dirección	(S.P)		Lado
2. Surcos	(S.P)	Secreción	(S.P)		
3. Fuegos	(S.P)	Fluida	(S.P)		
4. Acné	(S.P)	Color	(S.P)		
5. Manchas	(S.P)				

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NAALES Y SENOS PARANAALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vomito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.	Qué sabor prefiere	Salado	S.P.	Dulce	S.P.			
	Preferencia por comida	Caliente	Frio	Come rápido	S.P.	Come Lento	S.P.			
SED	Tiene sed	S.P.	Cuánta agua toma al día	S.P.	A qué hora	S.P.				
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P.	Suda	S.P.	Se cansa fácilmente	S.P.				
	Cansancio durante el día	S.P.	Mejora con la comida	S.P.	Empeora con la comida	S.P.				
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P.	Cantidad	S.P.	Color	S.P.	Características	S.P.		
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.	Calidad	S.P.	Insomnio	S.P.	A qué hora		Pesadillas	S.P.
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P.	Hora	S.P.	Color	S.P.	Olor	S.P.		
	Cantidad		Chorro		Goteo	S.P.	Ardor	S.P.		
MEMORIA	T	M	A	M	Tabaquismo	S.P.	Alcoholismo		Drogas	S.P.
7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	90/60	Pulso	75	F. Respirat	16	Peso/kg.	65kg	Talla	1.65	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección									
Simetría	S.P.	Reflejo Pupilar							
1. Manchas	S.P.	A La Luz	S.P.						
2. Cicatrices	S.P.	Consensuado	S.P.						
Palpación		Acomodación	S.P.						
3. Puntos dolorosos		Convergencia	S.P.						
ROSTRO			NARIZ			POSTURA			
1. Arrugas	S.P.	Marcha gira	S.P.		Marcha gira	S.P.			
Labios	S.P.	Dirección	S.P.		Dirección	S.P.			
2. Surcos	S.P.	Secreción	S.P.		Inclinación	S.P.			
3. Fuegos	S.P.	Fluida	S.P.						
4. Acne	S.P.	Color	S.P.						
5. Manchas	S.P.								
			Fosas Naaales						
			Desviadas						
			Lado						

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, toa, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología						
APETITO	Cambios en el apetito	S.P				Qué sabor prefiere	Salado			Dulce	C.P	
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio		Come rápido			Come Lento	S.P		
SED	Tiene sed	S.P		Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P				
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P			Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P			
	Cansancio durante el día	S.P		Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida	S.P				
DEPOSICIÓN	Frecuencia	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P		Características	S.P	
	Deposición	S.P										
SUEÑO	Horas de sueño	S.P		Calidad	S.P		Insomnio	S.P		A qué hora	S.P	
										Pesadillas	S.P	
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	S.P		Hora	S.P		Color	S.P		Olor	S.P	
	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P		Ardor	S.P	
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M		Tabaquismo	S.P	Alcoholismo	S.P
									Drogas	S.P		

7. EXAMEN FÍSICO											
SIGNOS VITALES											
Presión arterial	120/60	Pulso	80	F. Respirat	18	Peso/kg.	60Kg	Talla	162	I.M.C.	

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
Inspección										
Simetría										
	Reflejo Pupilar									
1. Manchas	(S.P)	A La Luz	(S.P)							
2. Cicatrices	(S.P)	Consensuado	(S.P)							
Palpación	Acomodación (S.P)									
3. Puntos dolorosos	(C.P)	Convergencia	(S.P)							
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales				
1. Arrugas	(S.P)		Desvió	(S.P)		Desviadas	(S.P)			
Labios	(S.P)		Dirección	(S.P)		Lado	(S.P)			
2. Surcos	(S.P)		Secreción	(S.P)						
3. Fuegos	(S.P)		Fluida	(S.P)						
4. Acné	(S.P)		Color	(S.P)						
5. Manchas	(S.P)									

6 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Difagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
APETITO	Cambios en el apetito	S.P		Qué sabor prefiere	Salado			Dulce	C.P	
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio			Come rápido	C.P	Come Lento	
SED	Tiene sed	S.P		Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P		
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P		Suda			Se cansa fácilmente	S.P		
	Cansancio durante el día	S.P		Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida	S.P		
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposición	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P		
SUEÑO	Horas de sueño	S.P		Calidad	S.P		Insomnio	S.P		
							A qué hora	S.P		
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P		Hora	S.P		Color	S.P		
	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P		
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M	S.P	S.P	
							Tabaquismo	S.P	Alcoholismo	S.P
									Drogas	S.P

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	130/70	Pulso	80	F. Respirat	15	Peso/kg.	72Kg	Talla	1.62	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
Inspección										
Simetría	S.P		Reflejo Pupilar							
1. Manchas	S.P		A La Luz	S.P						
2. Cicatrices	S.P		Consensuado	S.P						
Palpación		Acomodación								S.P
3. Puntos dolorosos	S.P		Convergencia	S.P						
ROSTRO		NARIZ			Fosas nasales					
1. Arrugas	S.P		Desvió	S.P		Desviadas	S.P			
Labios	S.P		Dirección	S.P		Lado	S.P			
2. Surcos	S.P		Secreción	S.P						
3. Fuegos	S.P		Fluida	S.P						
4. Acné	S.P		Color	S.P						
5. Manchas	S.P									

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
APETITO	Cambios en el apetito	S.P		Qué sabor prefiere	Salado	C.P	Dulce			
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio	Como rápido	C.P	Como Lento			
SED	Tiene sed	C.P		Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P		
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P		Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P		
	Cansancio durante el día	S.P		Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida			
DEPOSICIÓN	Frecuencia Depostción	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P		
SUEÑO	Horas de sueño	S.P		Calidad	S.P		Insomnio	S.P		
	A qué hora	C.P		Pesadillas	S.P					
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	C.P		Hora	S.P		Color	S.P		
	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P		
MEMORIA	T	M	A	M	Tabaquismo	S.P		Alcoholismo	S.P	
								Drogas	S.P	

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	130/70	Pulso	85	F. Respirat	15	Peso/kg.	68kg	Talla	155	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección									
Simetría	S.P		Reflejo Pupilar						
1. Manchas	S.P		A La Luz	S.P					
2. Cicatrices	S.P		Consensuado	S.P					
Palpación			Acomodación	S.P					
3. Puntos dolorosos			Convergencia	S.P					
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales			
1. Arrugas	S.P		Desvió	S.P		Desviadas	S.P		
Labios	S.P		Dirección	S.P		Lado	S.P		
2. Surcos	S.P		Secreción	S.P					
3. Fuegos	S.P		Fluida	S.P					
4. Acné	S.P		Color	S.P					
5. Manchas	S.P								

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NAALES Y SENOS PARANAALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología							
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.				Qué sabor prefiere	Salado	C.P.	Dulce				
	Preferencia por comida	Caliente	C.P.	Frio		Come rápido	C.P.	Come Lento					
SED	Tiene sed	S.P.				Cuánta agua toma al día	S.P.		A qué hora	S.P.			
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P.				Suda	S.P.		Se cansa fácilmente	S.P.			
	Cansancio durante el día	S.P.		Mejora con la comida	S.P.		Empeora con la comida	S.P.					
DEPOSICIÓN	Frecuencia Depostción	S.P.		Cantidad	S.P.		Color	S.P.		Características	S.P.		
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.		Calidad	S.P.		Insomnio	S.P.		A qué hora	S.P.	Pesadillas	S.P.
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P.		Hora	S.P.		Color	S.P.		Olor	S.P.		
	Cantidad	S.P.		Chorro	S.P.		Goteo	S.P.		Ardor	S.P.		
MEMORIA	T	S.P.	M	S.P.	A	S.P.	Tabaquismo	S.P.	Alcoholismo	S.P.	Drogas	S.P.	

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	120/70	Pulso	80	F. Respirat	15	Peso/kg.	67 kg	Talla	155	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
Inspección										
Simetría	(S.P.)									
1. Manchas	(S.P.)		Reflejo Pupilar		(S.P.)					
	(S.P.)		A La Luz		(S.P.)					
2. Cicatrices	(S.P.)		Consensuado		(S.P.)					
Palpación			Acomodación		(S.P.)					
3. Puntos dolorosos	(C.P.)		Convergencia		(S.P.)					
ROSTRO			NARIZ		Fosas nasales					
1. Arrugas	(S.P.)		Desvió		(C.P.)		Desviadas		(S.P.)	
Labios	(S.P.)		Dirección		(S.P.)		Lado		(S.P.)	
2. Surcos	(S.P.)		Secreción		(S.P.)					
3. Fuegos	(S.P.)		Fluida		(S.P.)					
4. Acné	(S.P.)		Color		(S.P.)					
5. Manchas	(C.P.)									

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología									
APETITO	Cambios en el apetito	S.P				Qué sabor prefiere	Salado	C.P	Dulce						
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio		Come rápido	C.P	Come Lento							
SED	Tiene sed	S.P				Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P					
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P				Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P					
	Cansancio durante el día	S.P				Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida	S.P					
DEPOSICIÓN	Frecuencia	S.P				Cantidad	S.P	Color	S.P	Características	S.P				
SUEÑO	Horas de sueño	S.P				Calidad	S.P		Insomnio	S.P	A qué hora	S.P	Pesadillas	S.P	
	Se levanta por la noche a orinar	S.P				Hora	S.P		Color	S.P	Olor	S.P			
MICCION	Cantidad	S.P				Chorro	S.P		Goteo	S.P	Ardor	S.P			
	MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M	S.P	S.P	Tabaquismo	S.P	Alcoholismo	S.P	Drogas

7. EXAMEN FÍSICO											
SIGNOS VITALES											
Presión arterial	130/60	Pulso	85	F. Respirat	16	Peso/kg.	75kg	Talla	178	I.M.C.	

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
Inspección										
Simetría	S.P		Reflejo Pupilar							
1. Manchas	S.P		A La Luz		S.P					
2. Cicatrices	S.P		Consensuado		S.P					
Palpación			Acomodación		S.P					
3. Puntos dolorosos	S.P		Convergencia		S.P					
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales				
1. Arrugas	S.P		Desvió		S.P		Desviadas		S.P	
Labios	S.P		Dirección		S.P		Lado		S.P	
2. Surcos	S.P		Secreción		S.P					
3. Fuegos	S.P		Fluida		S.P					
4. Acné	S.P		Color		S.P					
5. Manchas	S.P									

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
APETITO	Cambios en el apetito	S.P		Qué sabor prefiere	Salado		Dulce	C.P	
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio		Come rápido	C.P	Come Lento	
SED	Tiene sed	S.P		Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P	
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P		Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P	
	Cansancio durante el día	S.P		Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida	S.P	
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P	
SUEÑO	Horas de sueño	C.P		Calidad	C.P		Insomnio	C.P	
							A qué hora	C.P	
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P		Hora	S.P		Color	S.P	
	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P	
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M	S.P	S.P
							Tabaquismo	S.P	
							Alcoholismo	S.P	
							Drogas	S.P	

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	120/60	Pulso	85	F. Respirat	16	Peso/kg.	90kg	Talla	1.8	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección									
Simetría	S.P		Reflejo Pupilar						
1. Manchas	S.P		A La Luz	S.P					
2. Cicatrices	S.P		Consensuado	S.P					
Palpación			Acomodación	S.P					
3. Puntos dolorosos			Convergencia	S.P					
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales			
1. Arrugas	S.P		Desvió	S.P		Desviadas	S.P		
Labios	S.P		Dirección	S.P		Lado	S.P		
2. Surcos	S.P		Secreción	S.P					
3. Fuegos	S.P		Fluida	S.P					
4. Acné	S.P		Color	S.P					
5. Manchas	S.P								

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología									
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.				Qué sabor prefiere	Salado			Dulce	C.P.				
	Preferencia por comida	Caliente	C.P.	Frio		Come rápido	C.P.	Come Lento							
SED	Tiene sed	S.P.				Cuánta agua toma al día	S.P.		A qué hora	S.P.					
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P.				Suda	S.P.		Se cansa fácilmente	S.P.					
	Cansancio durante el día	S.P.				Mejora con la comida	S.P.		Empeora con la comida	S.P.					
DEPOSICIÓN	Frecuencia Depostción	S.P.				Cantidad	S.P.		Color	S.P.					
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.				Calidad	S.P.		Insomnio	S.P.					
						A qué hora	S.P.		Pesadillas	S.P.					
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P.				Hora	S.P.		Color	S.P.					
	Cantidad	S.P.				Chorro	S.P.		Goteo	S.P.					
MEMORIA	T	S.P.	M	S.P.	A	S.P.	M	S.P.	S.P.	Tabaquismo	S.P.	Alcoholismo	S.P.	Drogas	S.P.

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	130/70	Pulso	78	F. Respirat	15	Peso/kg.	85 Kg	Talla	157	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
Inspección										
Simetría	S.P.									
	Reflejo Pupilar									
1. Manchas	S.P.		A La Luz		S.P.					
2. Cicatrices	S.P.		Consensuado		S.P.					
Palpación			Acomodación		S.P.					
3. Puntos dolorosos	S.P.		Convergencia		S.P.					
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales				
1. Arrugas	(S.P.)		Desvió		(S.P.)		Desviadas		(S.P.)	
Labios	(S.P.)		Dirección		(S.P.)		Lado		(S.P.)	
2. Surcos	(S.P.)		Secreción		(S.P.)					
3. Fuegos	(S.P.)		Fluida		(S.P.)					
4. Acné	(S.P.)		Color		(S.P.)					
5. Manchas	(S.P.)									

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
APETITO	Cambios en el apetito	S.P		Qué sabor prefiere	Salado	C.P		Dulce	
	Preferencia por comida	Callente	C.P	Frio		Come rápido		Come Lento	S.P
SED	Tiene sed	S.P		Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P	
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P		Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P	
	Cansancio durante el día	S.P		Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida	S.P	
DEPOSICIÓN	Frecuencia	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P	
SUEÑO	Deposición	S.P		Características	S.P				
	Horas de sueño	S.P		Calidad	S.P		Insomnio	S.P	
MICCIÓN	A qué hora	S.P		Pesadillas	S.P				
	Se levanta por la noche a orinar	S.P		Hora	S.P		Color	S.P	
MEMORIA	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P	
	Oror	S.P		Ardor	S.P				
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M	S.P	S.P
MEMORIA	Tabaquismo	S.P		Alcoholismo	S.P		Drogas	S.P	

7. EXAMEN FÍSICO	
SIGNOS VITALES	
Presión arterial	130/90
Pulso	80
F. Respirat	16
Peso/kg.	65Kg.
Talla	160
I.M.C.	

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección					
Simetría	(S.P)	Reflejo Pupilar			
1. Manchas	(S.P)	A La Luz	(S.P)		
2. Cicatrices	(S.P)	Consensuado	(S.P)		
Palpación		Acomodación	(S.P)		
3. Puntos dolorosos	(S.P)	Convergencia	(S.P)		
ROSTRO		NARIZ		Fosas nasales	
1. Arrugas	(S.P)	Desvió	(S.P)	Desviadas	(S.P)
Labios	(S.P)	Dirección	(S.P)	Lado	(S.P)
2. Surcos	(S.P)	Secreción	(S.P)		
3. Fuegos	(S.P)	Fluida	(S.P)		
4. Acné	(S.P)	Color	(S.P)		
5. Manchas	(S.P)				

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
APETITO	Cambios en el apetito	S.P	Qué sabor prefiere			Salado	C.P	Dulce	
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio		Come rápido	C.P	Come Lento	
SED	Tiene sed	S.P	Cuánta agua toma al día			S.P	A qué hora		
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P	Suda			S.P	Se cansa fácilmente		
	Cansancio durante el día	S.P	Mejora con la comida			S.P	Empeora con la comida		
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P	Cantidad	S.P	Color	S.P	Características		
SUEÑO	Horas de sueño	S.P	Calidad	S.P	Insomnio	S.P	A qué hora	S.P	Pesadillas
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P	Hora	S.P	Color	S.P	Olor	S.P	
	Cantidad	S.P	Chorro	S.P	Goteo	S.P	Ardor	S.P	
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M	S.P	S.P
		S.P		S.P		S.P	Tabaquismo	S.P	Alcoholismo
		S.P		S.P		S.P		S.P	Drogas

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	130/70	Pulso	88	F. Respirat	16	Peso/kg.	75Kg	Talla	176	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección									
Simetría		Reflejo Pupilar							
1. Manchas	(S.P)	A La Luz		(S.P)					
2. Cicatrices	(S.P)	Consensuado		(S.P)					
Palpación		Acomodación							
3. Puntos dolorosos	(C.P)	Convergencia		(S.P)					
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales			
1. Arrugas	(S.P)	Desvió			(S.P)	Desviadas		(S.P)	
Labios	(S.P)	Dirección			(S.P)	Lado		(S.P)	
2. Surcos	(S.P)	Secreción			(S.P)				
3. Fuegos	(S.P)	Fluida			(S.P)				
4. Acné	(S.P)	Color			(S.P)				
5. Manchas	(S.P)				(S.P)				

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
APETITO	Cambios en el apetito	S.P		Qué sabor prefiere	Salado	C.P	Dulce			
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio		Come rápido	C.P	Come Lento		
SED	Tiene sed	S.P		Cuánta agua toma al día		A qué hora				
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P		Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P		
	Cansancio durante el día	S.P		Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida	S.P		
DEPOSICIÓN	Frecuencia	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P		
	Deposición						Características	S.P		
SUEÑO	Horas de sueño	S.P		Calidad	S.P		Insomnio	S.P		
							A qué hora	S.P		
							Pesadillas	S.P		
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	S.P		Hora	S.P		Color	S.P		
	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P		
							Ardor	S.P		
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M	S.P	S.P	
							Tabaquismo	S.P	Alcoholismo	S.P
								S.P	Drogas	S.P

7. EXAMEN FÍSICO	
SIGNOS VITALES	
Presión arterial	120/80
Pulso	85
F. Respirat	16
Peso/kg.	66Kg.
Talla	1.57
I.M.C.	

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección					
Simetría	(S.P)	Reflejo Pupilar			
1. Manchas	(S.P)	A La Luz	(S.P)		
2. Cicatrices	(S.P)	Consensuado	(S.P)		
Palpación		Acomodación	(S.P)		
3. Puntos dolorosos	(S.P)	Convergencia	(S.P)		
ROSTRO		NARIZ		Fosas nasales	
1. Arrugas	(S.P)	Desvió	(S.P)	Desviadas	(S.P)
Labios	(S.P)	Dirección	(S.P)	Lado	(S.P)
2. Surcos	(S.P)	Secreción	(S.P)		
3. Fuegos	(S.P)	Fluida	(S.P)		
4. Acné	(S.P)	Color	(S.P)		
5. Manchas	(S.P)				

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NAALES Y SENOS PARANAALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
APETITO	Cambios en el apetito	S.P				Qué sabor prefiere	Salado	C.P	Dulce	
	Preferencia por comida	Caliente		Frio	C.P	Come rápido	C.P	Come Lento		
SED	Tiene sed	S.P				Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P				Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P
	Cansancio durante el día	S.P		Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida	S.P		
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P		
SUEÑO	Horas de sueño	S.P		Calidad	S.P		Insomnio	S.P		
	A qué hora	S.P		Pesadillas						
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	S.P				Hora	S.P		Color	S.P
	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P		
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	N	S.P	S.P	
							Tabaquismo	S.P	Alcoholismo	S.P
									Drogas	S.P

7. EXAMEN FÍSICO	
SIGNOS VITALES	
Presión arterial	130/80
Pulso	85
F. Respirat	15
Peso/kg.	75kg
Talla	165
I.M.C.	

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección					
Simetría	(S.P)	Reflejo Pupilar			
1. Manchas	(S.P)	A La Luz	(S.P)		
2. Cicatrices	(S.P)	Consensuado	(S.P)		
Palpación		Acomodación	(S.P)		
3. Puntos dolorosos	(S.P)	Convergencia	(S.P)		
ROSTRO		NARIZ		Fosas nasales	
1. Arrugas	(S.P)	Desvió	(S.P)	Desviadas	(S.P)
Labios	(S.P)	Dirección	(S.P)	Lado	(S.P)
2. Surcos	(S.P)	Secreción	(S.P)		
3. Fuegos	(S.P)	Flúida	(S.P)		
4. Acné	(S.P)	Color	(S.P)		
5. Manchas	(S.P)				

6 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NAALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Difagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.				Qué sabor prefiere	Salado	C.P.	Dulce	
	Preferencia por comida	Caliente	C.P.	Frio		Come rápido		Come Lento		
SED	Tiene sed	S.P.		Cuánta agua toma al día	S.P.		A qué hora	S.P.		
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P.		Suda	S.P.		Se cansa fácilmente	S.P.		
	Cansancio durante el día	S.P.		Mejora con la comida	S.P.		Empeora con la comida	S.P.		
DEPOSICIÓN	Frecuencia Depostción	S.P.		Cantidad	S.P.		Color	S.P.		
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.		Calidad	S.P.		Insomnio	S.P.		
							A qué hora	S.P.		
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P.		Hora	S.P.		Color	S.P.		
	Cantidad	S.P.		Chorro	S.P.		Goteo	S.P.		
MEMORIA	T	S.P.	M	S.P.	A	S.P.	M	S.P.	S.P.	
							Tabaquismo	S.P.		
							Alcoholismo	S.P.		
							Drogas	S.P.		

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	120/60	Pulso	75	F. Respirat	15	Peso/kg.	65 Kg.	Talla	1.50	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección									
Simetría		Reflejo Pupilar							
1. Manchas	(S.P.)	A La Luz	(S.P.)						
2. Cicatrices	(S.P.)	Consensuado	(S.P.)						
Palpación		Acomodación (S.P.)							
3. Puntos dolorosos	(S.P.)	Convergencia (S.P.)							
ROSTRO		NARIZ		Fosas nasales					
1. Arrugas	(S.P.)	Desvió	(S.P.)		Desviadas		S.P.		
Labios	(S.P.)	Dirección	(S.P.)		Lado		(S.P.)		
2. Surcos	(S.P.)	Secreción	(S.P.)						
3. Fuegos	(S.P.)	Fluida	(S.P.)						
4. Acné	(S.P.)	Color	(S.P.)						
5. Manchas	(S.P.)								

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología									
APETITO	Cambios en el apetito	S.P				Qué sabor prefiere	Salado		Dulce						
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio		Come rápido		Come Lento							
SED	Tiene sed	S.P				Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P					
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P				Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P					
	Cansancio durante el día	S.P				Mejora con la comida		Empeora con la comida	S.P						
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P		Características	S.P				
SUEÑO	Horas de sueño	S.P		Calidad	S.P		Insomnio	S.P		A qué hora	S.P	Pesadillas	SP		
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P				Hora	S.P		Color	S.P		Olor	S.P		
	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P		Ardor	S.P				
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M	S.P	SP	Tabaquismo	S.P	Alcoholismo	S.P	Drogas	S.P

7. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

Presión arterial	130/70	Pulso	80	F. Respirat	15	Peso/kg.	70kg	Talla	169	I.M.C.	
------------------	--------	-------	----	-------------	----	----------	------	-------	-----	--------	--

CABEZA

Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología

(C.P.) Con Evidencia de Patología

Inspección

Simetría		Reflejo Pupilar			
1. Manchas	(S.P)	A La Luz	(S.P)		
2. Cicatrices	(S.P)	Consensuado	(S.P)		
Palpación		Acomodación	(S.P)		
3. Puntos dolorosos	(S.P)	Convergencia	(S.P)		
ROSTRO		NARIZ		Fosas nasales	
1. Arrugas	(S.P)	Desvió	(S.P)	Desviadas	(S.P)
Labios	(S.P)	Dirección	(S.P)	Lado	(S.P)
2. Surcos	(S.P)	Secreción	(S.P)		
3. Fuegos	(S.P)	Fluida	(S.P)		
4. Acné	(C.P)	Color	(S.P)		
5. Manchas	(S.P)				

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología									
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.		Qué sabor prefiere	Salado		Dulce								
	Preferencia por comida	Caliente		Frio		Come rápido	C.P.	Come Lento							
SED	Tiene sed	S.P.	Cuánta agua toma al día	S.P.	A qué hora	S.P.									
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P.	Suda	S.P.	Se cansa fácilmente	S.P.									
	Cansancio durante el día	S.P.	Mejora con la comida	S.P.	Empeora con la comida	S.P.									
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P.	Cantidad	S.P.	Color	S.P.	Características	S.P.							
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.	Calidad	S.P.	Insomnio	S.P.	A qué hora	S.P.	Pesadillas	S.P.					
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P.	Hora	S.P.	Color	S.P.	Olor	S.P.							
	Cantidad	S.P.	Chorro	S.P.	Goteo	S.P.	Ardor	S.P.							
MEMORIA	T	S.P.	M	S.P.	A	S.P.	M	S.P.	S.P.	Tabaquismo	S.P.	Alcoholismo	S.P.	Drogas	S.P.

7. EXAMEN FÍSICO	
SIGNOS VITALES	
Presión arterial	130/70
Pulso	15
F. Respirat	15
Peso/kg.	70kg
Talla	150
I.M.C.	

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
		Inspección							
Simetría	S.P.	Reflejo Pupilar							
1. Manchas	S.P.	A La Luz	S.P.						
2. Cicatrices	S.P.	Consensuado	S.P.						
Palpación		Acomodación	S.P.						
3. Puntos dolorosos		Convergencia	S.P.						
ROSTRO		NARIZ		Fosas nasales					
1. Arrugas	S.P.	Desvió	S.P.	Desviadas	S.P.				
Labios	S.P.	Dirección	S.P.	Lado	S.P.				
2. Surcos	S.P.	Secreción	S.P.						
3. Fuegos	S.P.	Fluida	S.P.						
4. Acné	S.P.	Color	S.P.						
5. Manchas	S.P.								

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marca: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología									
APETITO	Cambios en el apetito	S.P				Qué sabor prefiere	Salado	C.P	Dulce						
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio		Come rápido	C.P	Come Lento							
SED	Tiene sed	S.P				Cuánta agua toma al día	S.P								
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P				Suda	S.P								
	Cansancio durante el día	S.P				Mejora con la comida	S.P								
DEPOSICIÓN	Frecuencia	S.P				Cantidad	S.P								
	Deposición	S.P				Color	S.P								
SUEÑO	Horas de sueño	S.P				Calidad	S.P								
	Insomnio	S.P				A qué hora	S.P								
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P				Hora	S.P								
	Cantidad	S.P				Chorro	S.P								
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M	S.P	S.P	Tabaquismo	S.P	Alcoholismo	S.P	Drogas	S.P

7. EXAMEN FISICO	
SIGNOS VITALES	
Presión arterial	Pulso 85 F. Respirat. Peso/kg. Talla I.M.C.

CABEZA		Marca: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección					
Simetría		Reflejo Pupilar			
1. Manchas	(S.P)	A La Luz	(S.P)		
2. Cicatrices	(C.P)	Consensuado	(S.P)		
Palpación		Acomodación			
3. Puntos dolorosos	(S.P)	Convergencia	(S.P)		
ROSTRO		NARIZ		Fosas nasales	
1. Arrugas	(S.P)	Desvió	(S.P)	Desviadas	(S.P)
Labios	(S.P)	Dirección	(S.P)	Lado	(S.P)
2. Surcos	(S.P)	Secreción	(S.P)		
3. Fuegos	(S.P)	Fluida	(S.P)		
4. Acné	(S.P)	Color	(S.P)		
5. Manchas	(S.P)				

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NARIALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología									
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.				Qué sabor prefiere	Salado	C.P.		Dulce					
	Preferencia por comida	Caliente	S.P.		Frío	Come rápido	C.P.		Come Lento						
SED	Tiene sed	S.P.		Cuánta agua toma al día	S.P.		A qué hora								
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P.			Suda	S.P.		Se cansa fácilmente		S.P.					
	Cansancio durante el día	S.P.		Mejora con la comida	S.P.		Empeora con la comida			S.P.					
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P.		Cantidad	S.P.		Color	S.P.		Características	S.P.				
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.		Calidad	S.P.		Insomnio	S.P.		A qué hora	S.P.	Pesadillas	S.P.		
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P.			Hora	S.P.		Color	S.P.		Olor	S.P.			
	Cantidad	S.P.		Chorro	S.P.		Goteo	S.P.		Ardor	S.P.				
MEMORIA	T	S.P.	M	S.P.	A	S.P.	M	S.P.	S.P.	Tabaquismo	S.P.	Alcoholismo	S.P.	Drogas	S.P.

7. EXAMEN FISICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	140/70	Pulso	75	F. Respirat	16	Peso/kg.	55kg.	Talla	1.55	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
Inspección										
Simetría	(S.P.)									
	Reflejo Pupilar									
1. Manchas	(S.P.)		A La Luz	(S.P.)						
2. Cicatrices	(S.P.)		Consensuado	(S.P.)						
Palpección			Acomodación	(S.P.)						
3. Puntos dolorosos	(S.P.)		Convergencia	(S.P.)						
ROSTRO				NARIZ						
1. Arrugas	(S.P.)			Desvió	(S.P.)		Desviadas	(S.P.)		
Labios	(S.P.)			Dirección	(S.P.)		Lado	S.P.		
2. Surcos	(S.P.)			Secreción	(S.P.)					
3. Fuegos	(S.P.)			Fluida	(S.P.)					
4. Acné	(S.P.)			Color	(S.P.)					
5. Manchas	(S.P.)									

6 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	λ
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
APETITO	Cambios en el apetito	S.P				Qué sabor prefiere	Salado	C.P	Dulce	
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio		Come rápido	C.P	Come Lento		
SED	Tiene sed	S.P				Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P				Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P
	Cansancio durante el día	S.P				Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida	S.P
DEPOSICIÓN	Frecuencia Depostción	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P		
SUEÑO	Horas de sueño	S.P		Calidad	S.P		Insomnio	S.P		
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	S.P				Hora	S.P		Color	S.P
	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P		
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M	S.P	Tabaquismo	S.P
									Alcoholismo	S.P
									Drogas	S.P

7. EXAMEN FÍSICO	
SIGNOS VITALES	
Presión arterial	110/70
Pulso	78
F. Respirat	15
Peso/kg.	74kg
Talla	154
I.M.C.	

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección					
Sinetría	(S.P)		Reflejo Pupilar		
1. Manchas	(S.P)	A La Luz	(S.P)		
2. Cicatrices	(S.P)	Consensuado	(S.P)		
Palpación			Acomodación (S.P)		
3. Puntos dolorosos			Convergencia (S.P)		
ROSTRO	NARIZ		Fosas nasales		
1. Arrugas	(S.P)	Desvió	(S.P)	Desviadas	(S.P)
Labios	(S.P)	Dirección	(S.P)	Lado	(S.P)
2. Surcos	(S.P)	Secreción	(S.P)		
3. Fuegos	(S.P)	Fluida	(S.P)		
4. Acné	(S.P)	Color	(S.P)		
5. Manchas	(S.P)				

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología					
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.				Qué sabor prefiere	Salado	C.P.	Dulce	S	
	Preferencia por comida	Caliente	C.P.	Frio		Come rápido	C.P.	Come Lento			
SED	Tiene sed	S.P.				Cuánta agua toma al día	S.P.		A qué hora	S.P.	
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P.				Suda	S.P.		Se cansa fácilmente	S.P.	
	Cansancio durante el día	S.P.		Mejora con la comida	S.P.		Empeora con la comida	S.P.			
DEPOSICIÓN	Frecuencia	S.P.		Cantidad	S.P.		Color	S.P.			
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.		Calidad	S.P.		Insomnio	S.P.			
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	S.P.				Hora	S.P.		Color	S.P.	
	Cantidad	S.P.		Chorro	S.P.		Goteo	S.P.			
MEMORIA	T	S.P.	M	S.P.	A	S.P.		S.P.	Tabaquismo	S.P.	
							S.P.	Alcoholismo	S.P.	Drogas	S.P.

7. EXAMEN FÍSICO	
SIGNOS VITALES	
Presión arterial	130/70
Pulso	75
F. Respirat	15
Peso/kg.	55Kg
Talla	152
I.M.C.	

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección					
Simetría	(S.P)		Reflejo Pupilar		
1. Manchas	(S.P)	A La Luz	(S.P)		
2. Cicatrices	(S.P)	Consensuado	(S.P)		
Palpación			Acomodación	(S.P)	
3. Puntos dolorosos			Convergencia	(S.P)	
ROSTRO	NARIZ		Fosas nasales		
1. Arrugas	(S.P)	Desvió	(S.P)	Desviadas	(S.P)
Labios	(S.P)	Dirección	(S.P)	Lado	(S.P)
2. Surcos	(S.P)	Secreción	(S.P)		
3. Fuegos	(S.P)	Fluida	(S.P)		
4. Acné	(S.P)	Color	(S.P)		
5. Manchas	(S.P)				

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
APETITO	Cambios en el apetito	S.P		Qué sabor prefiere	Salado	C.P	Dulce		
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio	Come rápido	C.P	Come Lento		
SED	Tiene sed	S.P		Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P	
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P		Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P	
	Cansancio durante el día	S.P		Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida	S.P	
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P	
SUEÑO	Horas de sueño	S.P		Calidad	S.P		Insomnio	S.P	
							A qué hora	S.P	
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	S.P		Hora	S.P		Color	S.P	
	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P	
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M	S.P	S.P
							Tabaquismo	S.P	
							Alcoholismo	S.P	
							Drogas	S.P	

7. EXAMEN FÍSICO	
SIGNOS VITALES	
Presión arterial	120/60
Pulso	80
F. Respirat	14
Peso/kg.	62Kg
Talla	149
I.M.C.	

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección					
Simetría		Reflejo Pupilar			
1. Manchas	(S.P)	A La Luz	(S.P)		
2. Cicatrices	(S.P)	Consensuado	(S.P)		
Palpación		Acomodación	S.P		
3. Puntos dolorosos	(S.P)	Convergencia	(S.P)		
ROSTRO		NARIZ		Fosas nasales	
1. Arrugas	(S.P)	Desvió	(S.P)	Desviadas	(S.P)
Labios	(S.P)	Dirección	(S.P)	Lado	(S.P)
2. Surcos	(S.P)	Secreción	(S.P)		
3. Fuegos	(S.P)	Fluida	(S.P)		
4. Acné	(S.P)	Color	(S.P)		
5. Manchas	(S.P)				

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.		Qué sabor prefiere	Salado			Dulce	C.P.
	Preferencia por comida	Caliente		Frio		Come rápido		Come Lento	
SED	Tiene sed	C.P.		Cuánta agua toma al día	C.P.		A qué hora	C.P.	
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P.		Suda	S.P.		Se cansa fácilmente	S.P.	
	Cansancio durante el día	S.P.		Mejora con la comida	S.P.		Empeora con la comida		
DEPOSICIÓN	Frecuencia Depostión	S.P.		Cantidad	S.P.		Color	S.P.	
							Características	S.P.	
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.		Calidad	S.P.		Insomnio	S.P.	
							A qué hora	S.P.	
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	S.P.		Hora	S.P.		Color	S.P.	
							Olor	S.P.	
MEMORIA	Cantidad	S.P.		Chorro	S.P.		Goteo	S.P.	
							Ardor	S.P.	
MEMORIA	T	S.P.	M	S.P.	A	S.P.	M	S.P.	S.P.
							Tabaquismo	S.P.	
							Alcoholismo	S.P.	
							Drogas		

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	120/80	Pulso	80	F. Respirar	15	Peso/kg.	65	Talla	164	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección									
Simetría	(S.P.)		Reflejo Pupilar						
1. Manchas	(S.P.)		A La Luz	(S.P.)					
2. Cicatrices	(S.P.)		Consensuado	(S.P.)					
Palpación			Acomodación	(S.P.)					
3. Puntos dolorosos			Convergencia	(S.P.)					
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales			
1. Arrugas	(S.P.)		Desvió	(S.P.)		Desviadas	(S.P.)		
Labios	(S.P.)		Dirección	(S.P.)		Lado	(S.P.)		
2. Surcos	(S.P.)		Secreción	(S.P.)					
3. Fuegos	(S.P.)		Fluida	(S.P.)					
4. Acné	(S.P.)		Color	(S.P.)					
5. Manchas	(S.P.)								

6 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
APETITO	Cambios en el apetito	SP				Qué sabor prefiere	Salado	CP	Dulce	
	Preferencia por comida	Caliente	CP	Frio		Come rápido	CP	Come Lento		
SED	Tiene sed	SP				Cuánta agua toma al día	SP			
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	SP				Suda	CP			
	Cansancio durante el día	SP				Mejora con la comida	SP			
DEPOSICIÓN	Frecuencia	SP				Cantidad	SP			
	Deposición	SP				Color	SP			
SUEÑO	Horas de sueño	SP				Calidad	SP			
		SP				Insomnio	SP			
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	SP				Hora	SP			
	Cantidad	SP				Chorro	SP			
MEMORIA	T	SP	M	SP	A	SP	M	SP	SP	
		SP	SP	SP	SP	Tabaquismo	SP		Alcoholismo	SP
								Drogas	SP	

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Prestón arterial	130/70	Pulso	75	F. Respirat	15	Peso/kg.	115kg.	Talla	185	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección									
Simetría	(S.P.)								
	Reflejo Pupilar								
1. Manchas	(S.P.)	A La Luz	(S.P.)						
2. Cicatrices	(S.P.)	Consensuado	(C.P.)						
Palpación	Acomodación (S.P.)								
3. Puntos dolorosos	Convergencia (S.P.)								
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales			
1. Arrugas	(S.P.)		Desvió	(S.P.)		Desviadas	(S.P.)		
Labios	(S.P.)		Dirección	(S.P.)		Lado	(S.P.)		
2. Surcos	(S.P.)		Secreción	(S.P.)					
3. Fuegos	(S.P.)		Fluida	(S.P.)					
4. Acné	(S.P.)		Color	(S.P.)					
5. Manchas	(S.P.)								

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología					
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.		Qué sabor prefiere	Salado	Dulce	C.P.				
	Preferencia por comida	Caliente	C.P.	Frio	Come rápido	C.P.	Come Lento				
SED	Tiene sed	S.P.		Cuánta agua toma al día	S.P.		A qué hora	S.P.			
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P.		Suda	S.P.		Se cansa fácilmente	S.P.			
	Cansancio durante el día	S.P.		Mejora con la comida	S.P.		Empeora con la comida	S.P.			
DEPOSICIÓN	Frecuencia	S.P.		Cantidad	S.P.		Color	S.P.			
	Deposición	S.P.		Características	S.P.						
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.		Calidad	S.P.		Insomnio	S.P.			
	A qué hora	S.P.		Pesadillas	S.P.						
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	S.P.		Hora	S.P.		Color	S.P.			
	Cantidad	S.P.		Chorro	S.P.		Goteo	S.P.			
MEMORIA	T	S.P.	M	S.P.	A	S.P.	M	S.P.	S.P.		
	Tabaquismo	S.P.		Alcoholismo	S.P.		Drogas	S.P.			
7. EXAMEN FÍSICO											
SIGNOS VITALES											
Presión arterial	120/60		Pulso	80		F. Respirat	15		Peso/kg.	57kg	
Talla	150		I.M.C.								

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
Inspección										
Simetría	(S.P.)		Reflejo Pupilar							
1. Manchas	(S.P.)		A La Luz	(S.P.)						
2. Cicatrices	(S.P.)		Consensuado	(S.P.)						
Palpación			Acomodación	(S.P.)						
3. Puntos dolorosos	(S.P.)		Convergencia	(S.P.)						
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales				
1. Arrugas	(S.P.)		Desvió	(S.P.)		Desviadas	(S.P.)			
Labios	(S.P.)		Dirección	(S.P.)		Lado	(S.P.)			
2. Surcos	(S.P.)		Secreción	(S.P.)						
3. Fuegos	(S.P.)		Fluida	(S.P.)						
4. Acné	(S.P.)		Color	(S.P.)						
5. Manchas	(S.P.)									

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.				Qué sabor prefiere	Salado	C.P.	Dulce	
	Preferencia por comida	Caliente	C.P.	Frio		Come rápido	C.P.	Come Lento		
SED	Tiene sed	S.P.				Cuánta agua toma al día	S.P.		A qué hora	S.P.
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P.				Suda	S.P.		Se cansa fácilmente	S.P.
	Cansancio durante el día	S.P.		Mejora con la comida	S.P.		Empeora con la comida	S.P.		
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P.		Cantidad	S.P.		Color	S.P.		
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.		Calidad	S.P.		Insomnio	S.P.		
	A qué hora	S.P.		Pesadillas	S.P.					
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P.				Hora	S.P.		Color	S.P.
	Cantidad	S.P.		Chorro	S.P.		Goteo	S.P.		
MEMORIA	T	S.P.	M	S.P.	A	S.P.	M	S.P.	S.P.	
							Tabaquismo	S.P.	Alcoholismo	S.P.
									Drogas	S.P.

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	130/60	Pulso	78	F. Respirat	16	Peso/kg.	58kg.	Talla	156	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección									
Simetría	(S.P.)		Reflejo Pupilar						
1. Manchas	(S.P.)		A La Luz	(S.P.)					
2. Cicatrices	(S.P.)		Consensuado	(S.P.)					
Palpación			Acomodación	(S.P.)					
3. Puntos dolorosos			Gonvergencia	(S.P.)					
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales			
1. Arrugas			Desvió	(S.P.)		Desviadas	(S.P.)		
Lebios	(S.P.)		Dirección	(S.P.)		Lado	(S.P.)		
2. Surcos	(S.P.)		Secreción	(S.P.)					
3. Fuegos	(S.P.)		Fluida	(S.P.)					
4. Acné	(S.P.)		Color	(S.P.)					
5. Manchas	(S.P.)								

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología									
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.		Qué sabor prefiere	Salado	CP	Dulce	S.P.							
	Preferencia por comida	Caliente		Frio	CP	Come rápido	S.P.	Come Lento	S.P.						
SED	Tiene sed	S.P.		Cuánta agua toma al día			A qué hora	S.P.							
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P.		Suda	S.P.		Se cansa fácilmente	S.P.							
	Cansancio durante el día	S.P.		Mejora con la comida	S.P.		Empeora con la comida	S.P.							
DEPOSICIÓN	Frecuencia	S.P.		Cantidad	S.P.	Color	S.P.	Características	S.P.						
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.		Calidad	S.P.	Insomnio	S.P.	A qué hora	S.P.	Pesadillas	S.P.				
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	S.P.		Hora	S.P.		Color	S.P.		Olor	S.P.				
	Cantidad	S.P.		Chorro	S.P.		Goteo	S.P.		Ardor	S.P.				
MEMORIA	T	SP	M	S.P.	A	S.P.	M	S.P.	S.P.	Tabaquismo	SP	Alcoholismo	SP	Drogas	SP

7. EXAMEN FISICO											
SIGNOS VITALES											
Presión arterial	120/70	Pulso	85	F. Respiras	16	Peso/kg.	60kg	Talla	160	I.M.C.	

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección									
Simetría	(S.P)		Reflejo Pupilar						
1. Manchas	(S.P)		A La Luz	(S.P)					
2. Cicatrices	(S.P)		Consensuado	(S.P)					
Palpación			Acomodación	(S.P)					
3. Puntos dolorosos	(S.P)		Convergencia	(S.P)					
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales			
1. Arrugas	(S.P)		Desvió	(S.P)		Desviadas	(S.P)		
Labios	(S.P)		Dirección	(S.P)		Lado	(S.P)		
2. Surcos	(S.P)		Secreción	(S.P)					
3. Fuegos	(S.P)		Fluida	(S.P)					
4. Acné	(S.P)		Color	(S.P)					
5. Manchas	(S.P)			(S.P)					

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología					
APETITO	Cambios en el apetito	S.P.				Qué sabor prefiere	Salado		Dulce		
	Preferencia por comida	Caliente	C.P.	Frio		Come rápido		Come Lento			
SED	Tiene sed	S.P.				Cuánta agua toma al día	S.P.		A qué hora	S.P.	
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P.				Suda	S.P.		Se cansa fácilmente	S.P.	
	Cansancio durante el día	S.P.				Mejora con la comida	S.P.		Empeora con la comida	S.P.	
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P.				Cantidad	S.P.		Color	S.P.	
SUEÑO	Horas de sueño	S.P.		Calidad	S.P.		Insomnio	S.P.		A qué hora	S.P.
										Pesadillas	S.P.
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	S.P.				Hora	S.P.		Color	S.P.	
	Cantidad	S.P.		Chorro	S.P.		Goteo	S.P.		Ardor	S.P.
MEMORIA	T	S.P.	M	S.P.	A	S.P.	M	S.P.	S.P.	Tabaquismo	S.P.
										Alcoholismo	S.P.
										Drogas	S.P.

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	110/60	Pulso	80	F. Respirat	15	Peso/kg.	70kg.	Talla	160	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección									
Simetría	(S.P.)		Reflejo Pupilar						
1. Manchas	(S.P.)		A La Luz		(S.P.)				
2. Cicatrices	(S.P.)		Consensuado		(S.P.)				
Palpación			Acomodación		(S.P.)				
3. Puntos dolorosos	(C.P.)		Convergencia		(S.P.)				
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales			
1. Arrugas	(S.P.)		Desvió		(S.P.)		Desviadas		(S.P.)
Labios	(S.P.)		Dirección		(S.P.)		Lado		(S.P.)
2. Surcos	(S.P.)		Secreción		(S.P.)				
3. Fuegos	(S.P.)		Fluida		(S.P.)				
4. Acné	(S.P.)		Color		(S.P.)				
5. Manchas	(S.P.)								

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NAALES Y SENOS PARANAALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Difagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología									
APETITO	Cambios en el apetito	S.P				Qué sabor prefiere	Salado	C.P	Dulce						
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio		Come rápido	C.P	Come Lento							
SED	Tiene sed	S.P				Cuánta agua toma al día	S.P								
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P				Suda	S.P								
	Cansancio durante el día	S.P				Mejora con la comida	S.P								
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P				Cantidad	S.P								
		S.P				Color	S.P								
SUEÑO	Horas de sueño	S.P				Calidad	S.P								
		S.P				Insomnio	S.P								
MICCIÓN	Se levanta por la noche a orinar	S.P				Hora	S.P								
	Cantidad	S.P				Chorro	S.P								
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	M	S.P	S.P	Tabaquismo	S.P	Alcoholismo	S.P	Drogas	S.P

7. EXAMEN FÍSICO											
SIGNOS VITALES											
Presión arterial	130/70	Pulso	85	F. Respirat	18	Peso/kg.	60kg	Talla	153	I.M.C.	

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
Inspección										
Simetría	(S.P)				Reflejo Pupilar					
1. Manchas	(S.P)				A La Luz	(S.P)				
2. Cicatrices	(S.P)				Consensuado	(S.P)				
Palpación					Acomodación	(S.P)				
3. Puntos dolorosos	(C.P)				Convergencia	(S.P)				
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales				
1. Arrugas	(C.P)		Desvió	(C.P)		Desviadas	(S.P)			
Labios	(S.P)		Dirección	(S.P)		Lado	(S.P)			
2. Surcos	(S.P)		Secreción	(S.P)						
3. Fuegos	(S.P)		Fluida	(S.P)						
4. Acné	(S.P)		Color	(S.P)						
5. Manchas	(S.P)									

5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc.	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología														
APETITO	Cambios en el apetito	S.P				Qué sabor prefiere	Salado	C.P	Dulce											
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio		Come rápido	C.P	Come Lento												
SED	Tiene sed	S.P				Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P										
ACTIVIDAD FÍSICA	Qué actividad realiza	S.P				Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P										
	Cansancio durante el día	S.P		Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida	S.P												
DEPOSICIÓN	Frecuencia Deposition	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P		Características	S.P									
SUEÑO	Horas de sueño	S.P		Calidad	S.P		Insomnio	S.P		A qué hora	S.P	Pesadillas	S.P							
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P				Hora	S.P		Color	S.P		Olor	S.P							
	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P		Ardor	S.P									
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	■	S.P	■	S.P	■	S.P	■	S.P	Tabaquismo	S.P	Alcoholismo	S.P	Drogas	S.P

7. EXAMEN FÍSICO										
SIGNOS VITALES										
Presión arterial	120/70	Pulso	85	F. Respiral	15	Peso/kg.	65 Kg.	Talla	1.55	I.M.C.

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología				
Inspección										
Simetría		Reflejo Pupilar								
1. Manchas	(S.P)	A La Luz	(S.P)							
2. Cicatrices	(S.P)	Consensuado	(S.P)							
Palpación		Acomodación								(S.P)
3. Puntos dolorosos	(S.P)	Convergencia		(S.P)						
ROSTRO			NARIZ			Fosas nasales				
1. Arrugas	(S.P)		Desvió	(S.P)		Desviadas	(S.P)			
Labios	(S.P)		Dirección	(S.P)		Lado	(S.P)			
2. Surcos	(S.P)		Secreción	(S.P)						
3. Fuegos	(S.P)		Fluida	(S.P)						
4. Acné	(S.P)		Color	(S.P)						
5. Manchas	(S.P)									

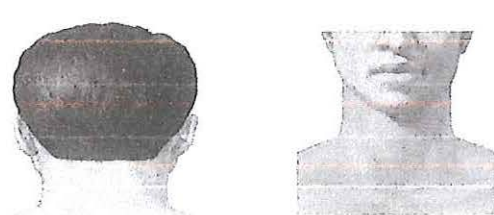
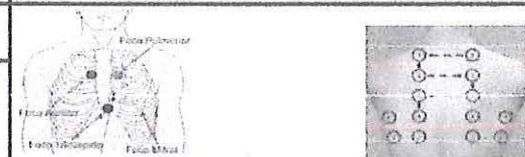
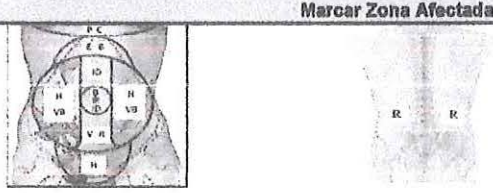
5 REVISION DE SISTEMAS	
TIENE EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS A REALIZAR, NO SON TODAS LAS PREGUNTAS	
RESPIRATORIO	
Disnea, Cianosis, tos, etc.	
FARINGE	
Ardor, Odinofagia, etc.	
LARINGE	
Carraspeo, etc.	
FOSAS NAALES Y SENOS PARANAALES	
Secreciones, Epistaxis, Dolor de frente o de cara, etc.	
CIRCULATORIO	
Palpitaciones, Edema, etc.	
GASTROINTESTINAL	
Disfagia, Halitosis, Regurgitación, Náusea, Vómito, Diarrea, Estreñimiento, Dolor, etc	
URINARIO	
GENITALES FEMENINO	
Ritmo menstrual, Secreciones, Prurito Vulvar, Dismenorrea, etc.	
ENDOCRINOLOGICO	
Cambio en el color de la piel y mucosas, Sudor, etc.	
MUSCULOESQUELETICO	X
Dolor articular, Ruidos articulares, etc.	X
NEUROLOGICO	
Temblores, Sueño, Tics, etc.	

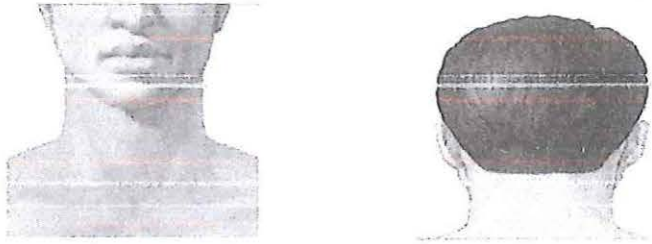
6 HABITOS		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología				(C.P.) Con Evidencia de Patología												
APETITO	Cambios en el apetito	S.P				Qué sabor prefiere	Salado	S.P	Dulce									
	Preferencia por comida	Caliente	C.P	Frio		Come rápido	C.P	Come Lento										
SED	Tiene sed	S.P		Cuánta agua toma al día	S.P		A qué hora	S.P										
ACTIVIDAD FISICA	Qué actividad realiza	S.P			Suda	S.P		Se cansa fácilmente	S.P									
	Cansancio durante el día	S.P		Mejora con la comida	S.P		Empeora con la comida	S.P										
DEPOSICIÓN	Frecuencia Depoiclón	S.P		Cantidad	S.P		Color	S.P		Características	S.P							
SUEÑO	Horas de sueño	S.P		Calidad	S.P		Insomnio	S.P		A qué hora	S.P		Pesadillas	S.P				
MICCION	Se levanta por la noche a orinar	S.P			Hora	S.P		Color	S.P		Olor	S.P						
	Cantidad	S.P		Chorro	S.P		Goteo	S.P		Ardor	S.P							
MEMORIA	T	S.P	M	S.P	A	S.P	N	S.P	SP	Tabaquismo	S.P		Alcoholismo	S.P		Drogas	S.P	

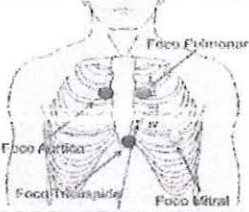
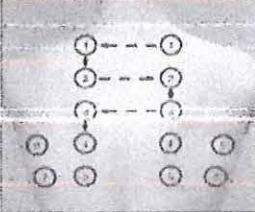
7. EXAMEN FÍSICO	
SIGNOS VITALES	
Presión arterial	110/70
Pulso	75
F. Respirat	15
Peso/kg.	58kg
Talla	145
I.M.C.	

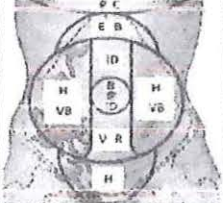

CABEZA		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología		
Inspección						
Simetría		Reflejo Pupilar				
1. Manchas	(S.P)	A La Luz	(S.P)			
2. Cicatrices	(S.P)	Consensuado	(S.P)			
Palpación		Acomodación				(S.P)
3. Puntos dolorosos	(C.P)	Convergencia		(C.P)		

ROSTRO		NARIZ		Fosas nasales		
1. Arrugas	(C.P)	Desvió	(S.P)		Desviadas	(S.P)
Labios		Dirección	(S.P)		Lado	(S.P)
2. Surcos	(S.P)	Secreción	(S.P)			
3. Fuegos	(S.P)	Fluida	(S.P)			
4. Acné	(S.P)	Color	(S.P)			
5. Manchas	(C.P)					



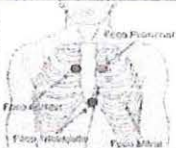
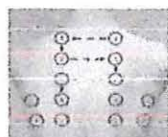
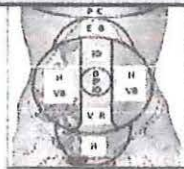

CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección			
1. Simetría	S.P		
2. Protuberancias	S.P		
3. Manchas	S.P		
4. Cicatrices	S.P		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	S.P		
6. Ganglios linfáticos	S.P		
7. Gland. Tiroides	S.P		
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)
			
ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
1. Manchas	(S.P)	5. Superficial	(S.P)
2. Cicatrices	(S.P)	6. Profunda	S.P
3. Estrías		7. Puntos Dolorosos	S.P
percusión		8. Puntos Ureterales	S.P
		Auscultación	
9. Renal			
			
EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Miembro Superior		Miembro Inferior	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)
		Rodilla	
		Flexión y extensión	(C.P)
		Rotación	C.P
Examen de los dedos			
1. Callos	S.P	3. Juanetes	S.P
2. Uñeros	S.P		



CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección			
1. Simetría	S.P.		
2. Protuberancias	S.P.		
3. Manchas	S.P.		
4. Cicatrices	S.P.		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	S.P.		
6. Ganglios linfáticos	S.P.		
7. Gland. Tiroides	S.P.		


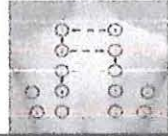
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	S.P.	3. Lunares	S.P.
2. Manchas	S.P.	4. Cicatrices	S.P.
			

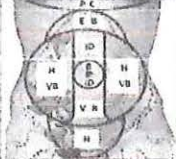

ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada	
1. Manchas	S.P.	5. Superficial	S.P.		
2. Cicatrices	S.P.	6. Profunda	S.P.		
3. Estrías	S.P.	7. Puntos Dolorosos	S.P.		
Percusión		8. Puntos Ureterales	S.P.		
Auscultación					
9. Renal					

EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos	
Movimientos activos	S.P.	Movimientos activos	S.P.	1. Callos	S.P.
Movimientos pasivos	S.P.	Movimientos pasivos	S.P.	2. Uñeros	S.P.
				3. Juanetes	S.P.



CABEZA					
Inspección		Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)	 			
2. Protuberancias	(S.P)				
3. Manchas	(S.P)				
4. Cicatrices	(S.P)				
Palpación					
5. Puntos Dolorosos	(S.P)				
6. Ganglios linfáticos	(S.P)				
7. Gland. Tiroides	(S.P)				
TORAX					
		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección		Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares			
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices			
ABDOMEN					
		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)		
percusión	(S.P)	8. Puntos Ureterales	(S.P)		
9. Renal	(S.P)	Auscultación			
			(S.P)		
EXAMEN MIEMBROPIES					
		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)	1. Callos	(S.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)	2. Uñeros	(S.P)
		Rodilla			
		Flexión y extensión	(C.P)		
		Rotación	(C.P)		
				3. Juanetes	(S.P)

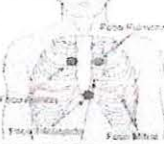
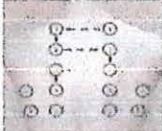
CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección		 	
1. Simetría	S.P.		
2. Protuberancias	S.P.		
3. Manchas	S.P.		
4. Cicatrices	S.P.		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	S.P.		
6. Ganglios linfáticos	S.P.		
7. Gland. Tiroides	S.P.		

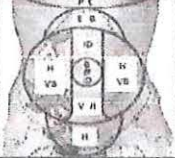

TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	S.P.	3. Lunares	S.P.
2. Manchas	S.P.	4. Cicatrices	S.P.
			

ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
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.
percusión		8. Puntos Ureterales	S.P.
S.P.		Auscultación	
9. Renal	S.P.	S.P.	
			


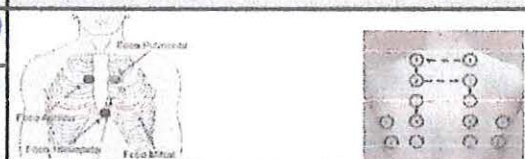

EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Miembro Superior		Miembro Inferior	
Movimientos activos	S.P.	Movimientos activos	S.P.
Movimientos pasivos	S.P.	Movimientos pasivos	S.P.
		Rodilla	
		Flexión y extensión	S.P.
		Rotación	S.P.
		Examen de los dedos	
		1. Callos	S.P.
		2. Uñeros	S.P.
		3. Juanetes	S.P.


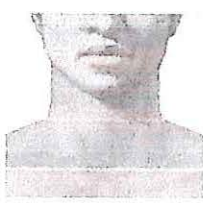
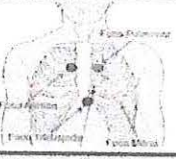
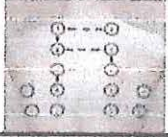
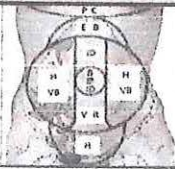
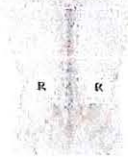
CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección		 	
1. Simetría	S.P		
2. Protuberancias	S.P		
3. Manchas	S.P		
4. Cicatrices	S.P		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	S.P		
6. Ganglios linfáticos	S.P		
7. Gland. Tiroides	S.P		

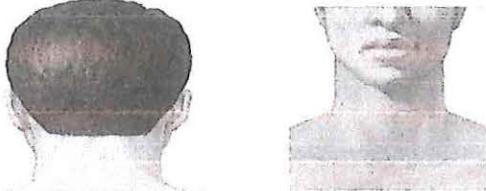
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	S.P	3. Lunares	S.P
2. Manchas	S.P	4. Cicatrices	S.P
			


ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
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
percusión		8. Puntos Ureterales	S.P
S.P		Auscultación	
9. Renal	S.P	S.P	
			


EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos	
Movimientos activos	S.P	Movimientos activos	C.P	1. Callos	S.P
Movimientos pasivos	S.P	Movimientos pasivos	C.P	2. Uñeros	S.P
		Rodilla			
		Flexión y extensión	C.P		
		Rotación	C.P		

CABEZA				Marcar Zona Afectada			
Inspección							
1. Simetría	(S.P)						
2. Protuberancias	(S.P)						
3. Manchas	(S.P)						
4. Cicatrices	(S.P)						
Palpación							
5. Puntos Dolorosos	(S.P)						
6. Ganglios linfáticos	(S.P)						
7. Gland. Tiroides	(S.P)						
TORAX				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección				Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(C.P)				
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)				
ABDOMEN				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	(C.P)	7. Puntos Dolorosos	(S.P)				
percusión		8. Puntos Ureterales					
(S.P)		Auscultación					
9. Renal	(S.P)	(S.P)					
EXAMEN MIEMBROPIES				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos			
Movimientos activos		Movimientos activos	(C.P)	1. Callos	(S.P)	3. Juanetes	(S.P)
Movimientos pasivos		Movimientos pasivos	(C.P)	2. Uñeros	(S.P)		
		Rodilla					
		Flexión y extensión	(C.P)				
		Rotación	(C.P)				

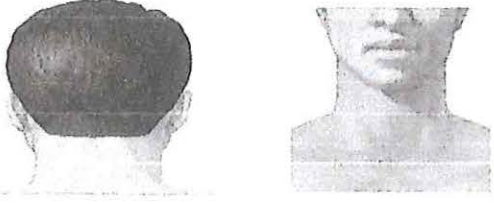


CABEZA							
Inspección				Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	SP						
2. Protuberancias	SP						
3. Manchas	SP						
4. Cicatrices	SP						
Palpación							
5. Puntos Dolorosos	SP						
6. Ganglios linfáticos	SP						
7. Gland. Tiroides	SP						
TORAX							
				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección				Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	SP	3. Lunares	SP				
2. Manchas	SP	4. Cicatrices	SP				
ABDOMEN							
				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección		Palpación		Marcar Zona Afectada			
1. Manchas	SP	5. Superficial	SP				
2. Cicatrices	SP	6. Profunda	SP				
3. Estrías	SP	7. Puntos Dolorosos	SP				
percusión		Auscultación					
SP							
9. Renal	SP						
EXAMEN MIEMBROPIES							
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos			
Movimientos activos	SP	Movimientos activos	SP	1. Callos	SP	3. Juanetes	SP
Movimientos pasivos	SP	Movimientos pasivos	SP	2. Uñeros	SP		
		Rodilla					
		Flexión y extensión	SP				
		Rotación	SP				

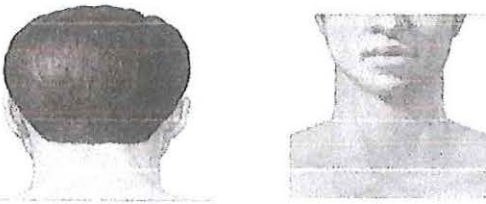
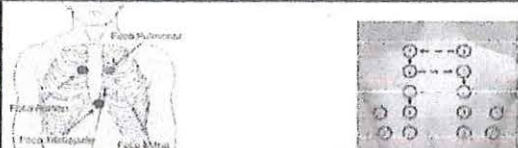

CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección			
1. Simetría	S.P		
2. Protuberancias	S.P		
3. Manchas	S.P		
4. Cicatrices	S.P		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	S.P		
6. Ganglios linfáticos	S.P		
7. Gland. Tiroides	S.P		


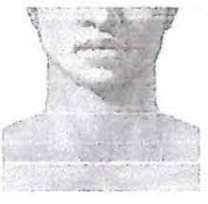
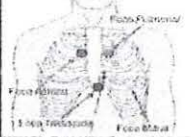
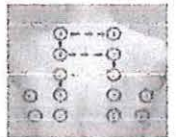
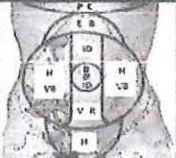
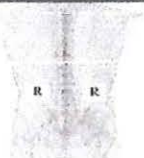
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	S.P	3. Lunares	S.P
2. Manchas	S.P	4. Cicatrices	S.P
			



ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
1. Manchas	S.P	5. Superficial	S.P
2. Cicatrices	S.P	6. Profunda	S.P
3. Estrías		7. Puntos Dolorosos	
percusión		8. Puntos Ureterales	
S.P		Auscultación	
9. Renal	S.P	S.P	
			

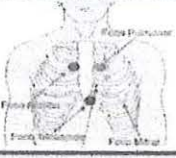
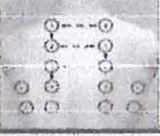
EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos	
Movimientos activos	S.P	Movimientos activos	C.P	1. Callos	S.P
Movimientos pasivos	S.P	Movimientos pasivos	C.P	2. Uñeros	S.P
		Rodilla			
		Flexión y extensión	C.P		
		Rotación	C.P		
				3. Juanetes	S.P

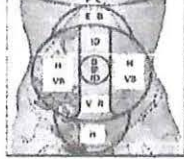

CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección			
1. Simetría	(S.P)		
2. Protuberancias	(S.P)		
3. Manchas	(S.P)		
4. Cicatrices	(S.P)		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	(S.P)		
6. Ganglios linfáticos	(S.P)		
7. Gland. Tiroideas	(S.P)		
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)
			
ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
1. Manchas	(S.P)	5. Superficial	(S.P)
2. Cicatrices	(S.P)	6. Profunda	(S.P)
3. Estrías	(C.P)	7. Puntos Dolorosos	(S.P)
percusión	(S.P)	8. Puntos Ureterales	(S.P)
9. Renal	(S.P)	Auscultación	(S.P)
			
EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Miembro Superior		Miembro Inferior	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)
		Rodilla	
		Flexión y extensión	(C.P)
		Rotación	(C.P)
		Examen de los dedos	
		1. Callos	(C.P)
		2. Uñeros	(C.P)
		3. Juanetes	(S.P)

CABEZA		Marcar Zona Afectada			
Inspección					
1. Simetría	(S.P)				
2. Protuberancias	(S.P)				
3. Manchas	(S.P)				
4. Cicatrices	(S.P)				
Palpación					
5. Puntos Dolorosos	(S.P)				
6. Ganglios linfáticos	(S.P)				
7. Gland. Tiroides	(S.P)				
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección		Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)		
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)		
					
ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección		Marcar Zona Afectada			
1. Manchas	S.P	5. Superficial	(S.P)		
2. Cicatrices	S.P	6. Profunda	(S.P)		
3. Estrías		7. Puntos Dolorosos	(C.P)		
percusión		8. Puntos Ureterales			
(S.P)		(S.P)			
Auscultación					
9. Renal	(S.P)	(S.P)			
					
EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)	1. Callos	(C.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)	2. Uñeros	(C.P)
		Rodilla			
		Flexión y extensión	(C.P)		
		Rotación	(C.P)		
				3. Juanetes	(C.P)

CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección		 	
1. Simetría	(S.P)		
2. Protuberancias	(S.P)		
3. Manchas	(S.P)		
4. Cicatrices	(S.P)		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	(S.P)		
6. Ganglios linfáticos	(S.P)		
7. Gland. Tiroides	(S.P)		
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	
			 
ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
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)
percusión		8. Puntos Ureterales	(S.P)
(S.P)		Auscultación	
9. Renal	(S.P)	(S.P)	
		 	
EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Miembro Superior		Miembro Inferior	
Examen de los dedos			
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)
		Rodilla	
		Flexión y extensión	(C.P)
		Rotación	(C.P)
1. Callos	(S.P)	3. Juanetes	(S.P)
2. Uñeros	(S.P)		



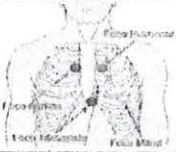
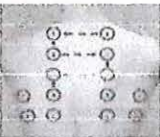
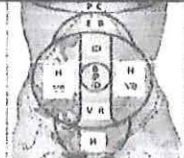

CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección			
1. Simetría	(S.P)		
2. Protuberancias	(S.P)		
3. Manchas	(S.P)		
4. Cicatrices	(S.P)		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	(S.P)		
6. Ganglios linfáticos	(S.P)		
7. Gland. Tiroides	(S.P)		

TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)
			




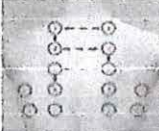
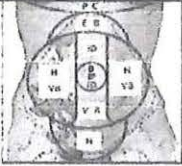

ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
1. Manchas	(S.P)	5. Superficial	(S.P)
2. Cicatrices	(S.P)	6. Profunda	(S.P)
3. Estrías	(S.P)	7. Puntos Dolorosos	(S.P)
percusión		8. Puntos Ureterales	
(S.P)		Auscultación	
9. Renal	(S.P)	(S.P)	
			




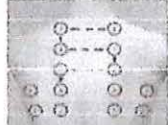
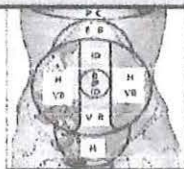

EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Miembro Superior		Miembro Inferior	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)
		Rodilla	
		Flexión y extensión	
		Rotación	
		Examen de los dedos	
		1. Callos	(S.P)
		2. Uñeros	(S.P)
		3. Juanetes	(S.P)

CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección			
1. Simetría	(S.P)		
2. Protuberancias	(S.P)		
3. Manchas	(S.P)		
4. Cicatrices	(S.P)		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	(S.P)		
6. Ganglios linfáticos	(S.P)		
7. Gland. Tiroides	(S.P)		
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	
ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
1. Manchas	(S.P)	5. Superficial	(S.P)
2. Cicatrices	(S.P)	6. Profunda	(C.P)
3. Estrías		7. Puntos Dolorosos	(S.P)
percusión		8. Puntos Ureterales	(S.P)
(S.P)		Auscultación	
9. Renal	(S.P)	(S.P)	
EXAMEN MIEMBROS PIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Miembro Superior		Miembro Inferior	
Examen de los dedos			
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(S.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)
		Rodilla	
		Flexión y extensión	(C.P)
		Rotación	(C.P)
1. Callos	(S.P)	3. Juanetes	(S.P)
2. Uñeros	(S.P)		




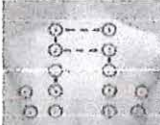
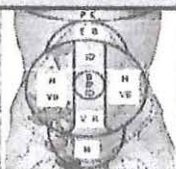

CABEZA		Marcar Zona Afectada			
Inspección		 			
1. Simetría	(S.P)				
2. Protuberancias	(S.P)				
3. Manchas	(S.P)				
4. Cicatrices	(S.P)				
Palpación					
5. Puntos Dolorosos	(S.P)				
6. Ganglios linfáticos	(S.P)				
7. Gland. Tiroidea	(S.P)				
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección		Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)		
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)		
					
ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección		Palpación			
1. Manchas	(S.P)	5. Superficial	(S.P)		
2. Cicatrices	(S.P)	6. Profunda	(S.P)		
3. Estrías	(S.P)	7. Puntos Dolorosos			
percusión		8. Puntos Ureterales			
(S.P)		Auscultación			
9. Renal	(S.P)	(S.P)			
					
EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)	1. Callos	S.P
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)	2. Uñeros	S.P
		Rodilla	(C.P)		
		Flexión y extensión	(C.P)		
		Rotación	(C.P)		
				3. Juanetes	(S.P)

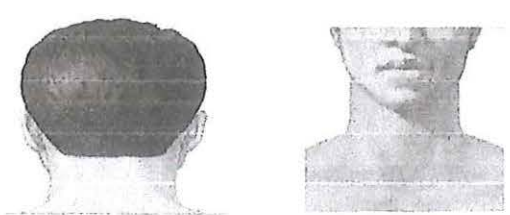

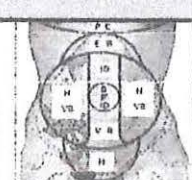
CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección			
1. Simetría	(S.P)		
2. Protuberancias	(S.P)		
3. Manchas	(S.P)		
4. Cicatrices	(S.P)		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	(S.P)		
6. Ganglios linfáticos	(S.P)		
7. Gland. Tiroidea	(S.P)		
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)
ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
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)
percusión		8. Puntos Ureterales	(S.P)
(S.P)	Auscultación		
9. Renal	(S.P)	(S.P)	
EXAMEN MIEMBROS Y PIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Miembro Superior		Miembro Inferior	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)
		Rodilla	
		Flexión y extensión	(C.P)
		Rotación	(C.P)
		Examen de los dedos	
		1. Callos	(S.P)
		2. Uñeros	(S.P)
		3. Juanetes	S.P



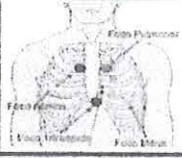
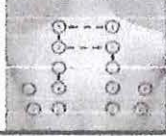
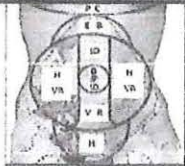
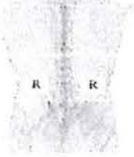
CABEZA							
Inspección				Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	S.P						
2. Protuberancias	S.P						
3. Manchas	S.P						
4. Cicatrices	S.P						
Palpación							
5. Puntos Dolorosos	S.P						
6. Ganglios linfáticos	S.P						
7. Gland. Tiroides	S.P						
TORAX							
				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección				Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	S.P	3. Lunares	C.P				
2. Manchas	S.P	4. Cicatrices					
ABDOMEN							
				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				
percusión		8. Puntos Ureterales	S.P				
		Auscultación					
9. Renal							
EXAMEN MIEMBROPIES							
				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos			
Movimientos activos	S.P	Movimientos activos	C.P	1. Callos	S.P	3. Juanetes	S.P
Movimientos pasivos	S.P	Movimientos pasivos	C.P	2. Uñeros	S.P		
		Rodilla					
		Flexión y extensión		C.P			
		Rotación		C.P			

CABEZA		Marcar Zona Afectada			
Inspección		 			
1. Simetría	(S.P)				
2. Protuberancias	(S.P)				
3. Manchas	(S.P)				
4. Cicatrices	(S.P)				
Palpación					
5. Puntos Dolorosos	(S.P)				
6. Ganglios linfáticos	(S.P)				
7. Gland. Tiroides	(S.P)				
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección		Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)		
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(C.P)		
					
ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección		Palpación			
1. Manchas	(S.P)	5. Superficial	(S.P)		
2. Cicatrices	(S.P)	6. Profunda	(S.P)		
3. Estrías	(C.P)	7. Puntos Dolorosos	(C.P)		
percusión		8. Puntos Ureterales			
S.P		Auscultación			
9. Renal	S.P	S.P			
					
EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)	1. Callos	S.P
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)	2. Uñeros	C.P
		Rodilla		3. Juanetes	(S.P)
		Flexión y extensión	(C.P)		
		Rotación	(C.P)		

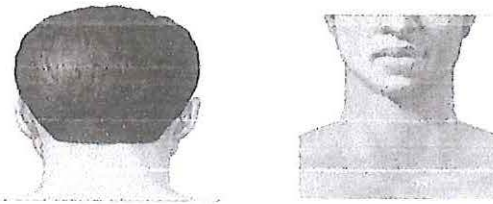

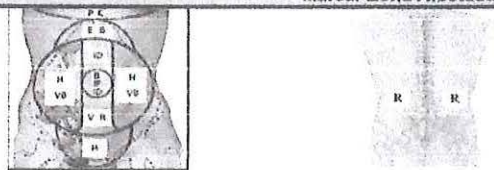
CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección			
1. Simetría	(S.P)		
2. Protuberancias	(S.P)		
3. Manchas	(S.P)		
4. Cicatrices	(S.P)		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	(S.P)		
6. Ganglios linfáticos	(C.P)		
7. Gland. Tiroides	(S.P)		
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(C.P)
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)
ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
1. Manchas	(S.P)	5. Superficial	(S.P)
2. Cicatrices	(S.P)	6. Profunda	(S.P)
3. Estrías	(C.P)	7. Puntos Dolorosos	(S.P)
percusión		8. Puntos Ureterales	
(S.P)		Auscultación	
9. Renal	(S.P)	(S.P)	
EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Miembro Superior		Miembro Inferior	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(S.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(S.P)
		Rodilla	
		Flexión y extensión	(C.P)
		Rotación	(C.P)
		Examen de los dedos	
		1. Callos	(S.P)
		2. Uñeros	(S.P)
		3. Juanetes	(S.P)


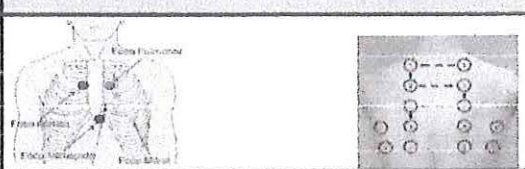

CABEZA					
Inspección		Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)				
2. Protuberancias	(S.P)				
3. Manchas	(S.P)				
4. Cicatrices	(S.P)				
Palpación					
5. Puntos Dolorosos	(S.P)				
6. Ganglios linfáticos	(S.P)				
7. Gland. Tiroidea	(S.P)				
TORAX					
		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección		Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)		
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)		
					
ABDOMEN					
		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	(C.P)		
percusión		8. Puntos Ureterales	(C.P)		
(S.P)		Auscultación			
9. Renal	(C.P)	(S.P)			
EXAMEN MIEMBROPIES					
		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(S.P)	1. Callos	(S.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(S.P)	2. Uñeros	(S.P)
		Rodilla			
		Flexión y extensión	(C.P)		
		Rotación	(C.P)		
				3. Juanetes	(S.P)

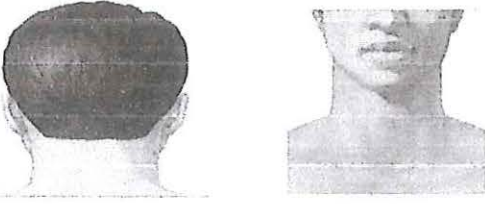


CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección			
1. Simetría	(S.P)		
2. Protuberancias	(S.P)		
3. Manchas	(S.P)		
4. Cicatrices	(S.P)		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	(S.P)		
6. Ganglios linfáticos	(S.P)		
7. Gland. Tiroidea	(S.P)		
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(C.P)
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)
			
ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
1. Manchas	(S.P)	5. Superficial	(S.P)
2. Cicatrices	(S.P)	6. Profunda	(S.P)
3. Estrías	(C.P)	7. Puntos Dolorosos	(S.P)
percusión		8. Puntos Ureterales	
(S.P)		(S.P)	
		Auscultación	
9. Renal		(S.P)	
			
EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Miembro Superior		Miembro Inferior	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)
		Examen de los dedos	
		1. Callos	(S.P)
		2. Uñeros	(S.P)
		3. Juanetes	(S.P)
		Rodilla	
		Flexión y extensión	
		(C.P)	
		Rotación	
		(C.P)	

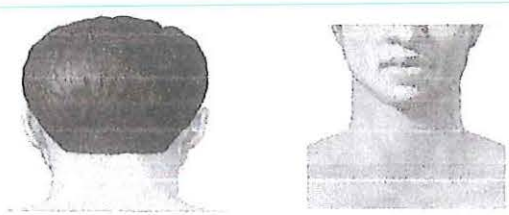
CABEZA							
Inspección				Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)						
2. Protuberancias	(S.P)						
3. Manchas	(S.P)						
4. Cicatrices	(S.P)						
Palpación							
5. Puntos Dolorosos	(S.P)						
6. Ganglios linfáticos	(S.P)						
7. Gland. Tiroides	(S.P)						
TORAX							
				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección				Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)				
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(C.P)				
ABDOMEN							
				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	(C.P)	6. Profunda	(S.P)				
3. Estrías		7. Puntos Dolorosos					
percusión		Auscultación					
9. Renal	(S.P)		(S.P)				
EXAMEN MIEMBROPIES							
				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos			
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)	1. Callos	(S.P)	3. Juanetes	(S.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)	2. Uñeros	(S.P)		
		Rodilla					
		Flexión y extensión	(C.P)				
		Rotación	(C.P)				


CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección			
1. Simetría	(S.P)		
2. Protuberancias	(S.P)		
3. Manchas	(S.P)		
4. Cicatrices	(S.P)		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	(S.P)		
6. Ganglios linfáticos	(S.P)		
7. Gland. Tiroides	(S.P)		
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)
ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
1. Manchas	(S.P)	5. Superficial	(S.P)
2. Cicatrices	(S.P)	6. Profunda	(S.P)
3. Estrías	(C.P)	7. Puntos Dolorosos	(S.P)
percusión		8. Puntos Ureterales	
(S.P)		(S.P)	
Auscultación			
9. Renal	(S.P)	(S.P)	
EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Miembro Superior		Miembro Inferior	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(S.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(S.P)
		Rodilla	
		Flexión y extensión	(S.P)
		Rotación	(S.P)
		Examen de los dedos	
		1. Callos	(S.P)
		2. Uñeros	(S.P)
		3. Juanetes	(S.P)

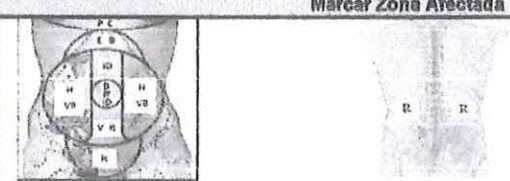
CABEZA				Marcar Zona Afectada			
Inspección							
1. Simetría	(S.P)						
2. Protuberancias	(S.P)						
3. Manchas	(S.P)						
4. Cicatrices	(S.P)						
Palpación							
5. Puntos Dolorosos	(S.P)						
6. Ganglios linfáticos	(S.P)						
7. Gland. Tiroides	(S.P)						
TORAX				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección				Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)				
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)				
ABDOMEN				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)				
percusión	(S.P)	8. Puntos Ureterales	(S.P)				
9. Renal	(S.P)	Auscultación	(S.P)				
EXAMEN MIEMBROPIES				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos			
Movimientos activos		Movimientos activos	(C.P)	1. Callos	(S.P)	3. Juanetes	(S.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)	2. Uñeros	(S.P)		
		Rodilla					
		Flexión y extensión	(C.P)				
		Rotación	(C.P)				

CABEZA				Marcar Zona Afectada	
Inspección					
1. Simetría	(S.P)				
2. Protuberancias	(S.P)				
3. Manchas	(S.P)				
4. Cicatrices	(S.P)				
Palpación					
5. Puntos Dolorosos	(S.P)				
6. Ganglios linfáticos	(S.P)				
7. Gland. Tiroides	(S.P)				
TORAX				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección				Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)		
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)		
ABDOMEN				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		7. Puntos Dolorosos	(S.P)		
percusión		8. Puntos Ureterales	(S.P)		
(S.P)		Auscultación			
9. Renal	(S.P)	(S.P)			
EXAMEN MIEMBROPIES				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos	
Movimientos activos	(C.P)	Movimientos activos	(C.P)	1. Callos	(S.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)	2. Uñeros	(S.P)
		Rodilla			
		Flexión y extensión	(C.P)		
		Rotación	(C.P)		

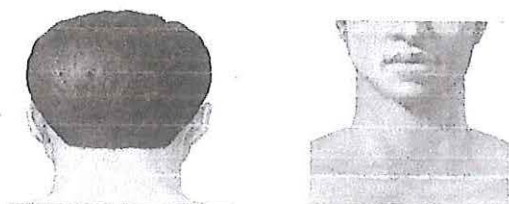
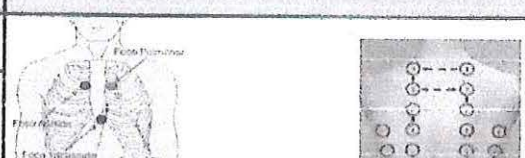
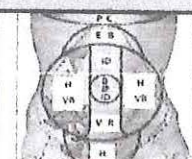

CABEZA		Marcar Zona Afectada					
Inspección							
1. Simetría	(S.P)						
2. Protuberancias	(S.P)						
3. Manchas	(S.P)						
4. Cicatrices	(S.P)						
Palpación							
5. Puntos Dolorosos	(S.P)						
6. Ganglios linfáticos	(S.P)						
7. Gland. Tiroides	(S.P)						
TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología					
Inspección		Marcar Zona Afectada					
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)				
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)				
							
ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología					
Inspección		Palpación					
percusión		Auscultación					
1. Manchas	(S.P)	5. Superficial					
2. Cicatrices	(S.P)	6. Profunda					
3. Estrías	S.P	7. Puntos Dolorosos					
8. Puntos Ureterales							
9. Renal							
							
EXAMEN MIEMBROPIES		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología					
Miembro Superior	Miembro Inferior	Examen de los dedos					
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)	1. Callos	S.P	3. Juanetes	S.P
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)	2. Uñeros	S.P		
		Rodilla					
		Flexión y extensión	(C.P)				
		Rotación	(C.P)				

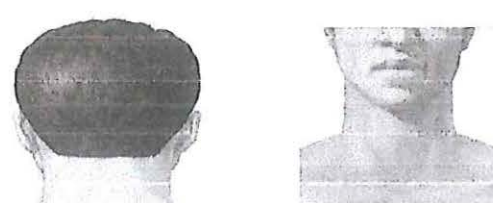
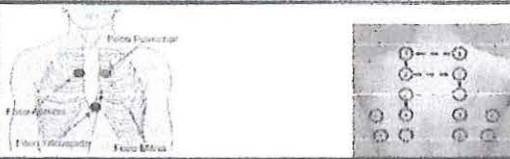
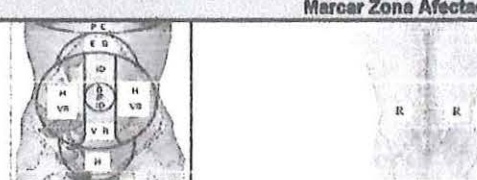
CABEZA		Marcar Zona Afectada	
Inspección			
1. Simetría	(S.P)		
2. Protuberancias	(S.P)		
3. Manchas	(S.P)		
4. Cicatrices	(S.P)		
Palpación			
5. Puntos Dolorosos	(S.P)		
6. Ganglios linfáticos	(S.P)		
7. Gland. Tiroides	(S.P)		




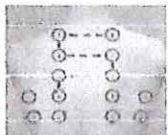
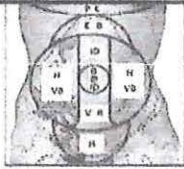

TORAX		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Marcar Zona Afectada	
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)
			


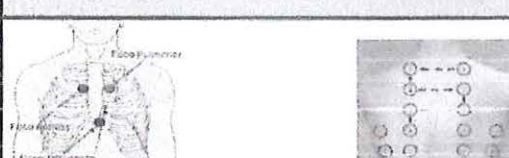

ABDOMEN		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Inspección		Palpación	
1. Manchas	(S.P)	5. Superficial	(S.P)
2. Cicatrices	(S.P)	6. Profunda	(C.P)
3. Estrías	(S.P)	7. Puntos Dolorosos	(C.P)
percusión		8. Puntos Ureterales	
(S.P)		(S.P)	
Auscultación			
9. Renal	(S.P)	(S.P)	
			

EXAMEN MIEMBRO SUP		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología	
Miembro Superior		Miembro Inferior	
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)
		Rodilla	
		Flexión y extensión	(C.P)
		Rotación	(C.P)
		Examen de los dedos	
		1. Callos	(S.P)
		2. Uñeros	(S.P)
		3. Juanetes	(S.P)

CABEZA				Marcar Zona Afectada			
Inspección							
1. Simetría	(S.P)						
2. Protuberancias	(S.P)						
3. Manchas	(S.P)						
4. Cicatrices	(S.P)						
Palpación							
5. Puntos Dolorosos	(S.P)						
6. Ganglios linfáticos	(S.P)						
7. Gland. Tiroides	(S.P)						
TORAX				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección				Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)				
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)				
ABDOMEN				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	(C.P)				
3. Estrías	(S.P)	7. Puntos Dolorosos	(C.P)				
percusión		8. Puntos Ureterales	(S.P)				
		Auscultación					
9. Renal	(S.P)						
EXAMEN MIEMBROPIES				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos			
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)	1. Callos	(S.P)	3. Juanetes	(S.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)	2. Uñeros	(S.P)		
		Rodilla					
		Flexión y extensión		(C.P)			
		Rotación		(C.P)			

CABEZA							
Inspección		Marcar Zona Afectada					
1. Simetría	(S.P)						
2. Protuberancias	(S.P)						
3. Manchas	(S.P)						
4. Cicatrices	(S.P)						
Palpación							
5. Puntos Dolorosos	(S.P)						
6. Ganglios linfáticos	(S.P)						
7. Gland. Tiroides	(S.P)						
TORAX							
		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección		Marcar Zona Afectada					
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(C.P)				
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)				
ABDOMEN							
		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)				
percusión		8. Puntos Ureterales	(S.P)				
		Auscultación					
9. Renal							
EXAMEN MIEMBROPIES							
		Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología		(C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos			
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)	1. Callos	(S.P)	3. Juanetes	(S.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)	2. Uñeros	(S.P)		
		Rodilla					
		Flexión y extensión	(C.P)				
		Rotación	(C.P)				

CABEZA						
Inspección			Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)		 			
2. Protuberancias	(S.P)					
3. Manchas	(S.P)					
4. Cicatrices	(S.P)					
Palpación						
5. Puntos Dolorosos	(S.P)					
6. Ganglios linfáticos	(S.P)					
7. Gland. Tiroides	(S.P)					
TORAX						
Inspección			Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
			Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)	 		
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)			
ABDOMEN						
Inspección			Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
			Marcar Zona Afectada			
1. Manchas	(S.P)	5. Superficial	(S.P)	 		
2. Cicatrices	(S.P)	6. Profunda	(S.P)			
3. Estrías	(C.P)	7. Puntos Dolorosos	(S.P)			
percusión	(S.P)	8. Puntos Ureterales				
9. Renal	S.P	Auscultación	(C.P)			
EXAMEN MIEMBROPIES						
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos		
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(S.P)	1. Callos	(S.P)	
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(S.P)	2. Uñeros	(S.P)	
		Rodilla				
		Flexión y extensión	(S.P)			
		Rotación	(S.P)			

CABEZA				Marcar Zona Afectada			
Inspección							
1. Simetría	(S.P)						
2. Protuberancias	(S.P)						
3. Manchas	(S.P)						
4. Cicatrices	(S.P)						
Palpación							
5. Puntos Dolorosos	(S.P)						
6. Ganglios linfáticos	(S.P)						
7. Gland. Tiroides	(S.P)						
TORAX				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Inspección				Marcar Zona Afectada			
1. Simetría	(S.P)	3. Lunares	(S.P)				
2. Manchas	(S.P)	4. Cicatrices	(S.P)				
ABDOMEN				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	(C.P)	6. Profunda	(S.P)				
3. Estrías	(C.P)	7. Puntos Dolorosos	(S.P)				
percusión		8. Puntos Ureterales	(S.P)				
(S.P)	Auscultación						
9. Renal	(S.P)	(S.P)					
EXAMEN MIEMBROPIES				Marque: (S.P.) Sin evidencia de patología (C.P.) Con Evidencia de Patología			
Miembro Superior		Miembro Inferior		Examen de los dedos			
Movimientos activos	(S.P)	Movimientos activos	(C.P)	1. Callos	(S.P)	3. Juanetes	(S.P)
Movimientos pasivos	(S.P)	Movimientos pasivos	(C.P)	2. Uñeros	(S.P)		
		Rodilla					
		Flexión y extensión	(C.P)				
		Rotación	(C.P)				