

Modelo de ficha clínica para kinesiólogos

1. Datos de identificación del paciente

Este primer apartado permite registrar la información básica necesaria para identificar y contactar al paciente de forma eficiente.

- Nombre completo:
- RUT / DNI:
- Fecha de nacimiento:
- Edad:
- Sexo:
- Teléfono:
- Correo electrónico:
- Dirección:
- Ocupación:
- Fecha de ingreso:

2. Motivo de consulta

Aquí se describe, en palabras del paciente, la razón principal de la consulta. Es clave para orientar la evaluación.

Ejemplo: Dolor lumbar al estar sentado por periodos prolongados.

3. Anamnesis próxima

Se profundiza en el problema actual, entendiendo su evolución y características.

- Inicio del problema:
- Mecanismo de lesión:
- Localización del dolor:
- Intensidad (escala EVA 0–10):
- Tipo de dolor (punzante, irradiado, constante, intermitente):
- Factores que agravan:
- Factores que alivian:
- Tratamientos previos:

4. Anamnesis remota

Permite conocer antecedentes relevantes que pueden influir en el tratamiento.

- Enfermedades previas:
- Cirugías:
- Medicación actual:
- Alergias:
- Antecedentes familiares relevantes:

- Hábitos (actividad física, tabaquismo, etc.):

5. Evaluación kinésica

Este es uno de los apartados más importantes, ya que recoge el análisis clínico del profesional.

Inspección:

- Postura:
- Marcha:
- Asimetrías:

Palpación:

- Zonas dolorosas:
- Tono muscular:

Rango de movimiento (ROM):

- Activo:
- Pasivo:
- Limitaciones:

Fuerza muscular (Escala de Daniels 0–5):

- Segmentos evaluados:

Pruebas funcionales y ortopédicas:

- Test realizados:
- Resultados:

6. Diagnóstico kinésico

Interpretación profesional basada en la evaluación.

Ejemplo: Síndrome de dolor lumbar mecánico asociado a debilidad de musculatura estabilizadora.

7. Objetivos del tratamiento

Deben ser claros, medibles y alcanzables.

- Disminuir dolor
- Mejorar rango de movimiento
- Recuperar funcionalidad
- Reintegrar a actividad laboral/deportiva

8. Plan de tratamiento

Define la estrategia terapéutica a seguir.

- Técnicas a utilizar (ejercicio terapéutico, terapia manual, electroterapia, etc.)
- Frecuencia de sesiones
- Duración estimada del tratamiento

9. Evolución y seguimiento

Este apartado permite documentar el progreso del paciente en cada sesión.

Fecha	Evolución	Intervenciones realizadas	Respuesta del paciente	Próxima sesión
--------------	------------------	----------------------------------	-------------------------------	-----------------------

10. Indicaciones al paciente

Espacio para registrar recomendaciones fuera de consulta.

- Ejercicios domiciliarios
- Reposo / actividad modificada
- Uso de ayudas (fajas, férulas, etc.)

11. Consentimiento informado

Protege tanto al paciente como al profesional.

- Declaración de comprensión del tratamiento
- Firma del paciente
- Firma del kinesiólogo
- Fecha