

NUMERO HISTORIA

FECHA

## DATOS PACIENTE

NOMBRE
APELLIDOS
PROFESION

EDAD
PESO
Nº CALZADO

## DATOS PRESCRIPCION

FECHA
DR
DIAGNOSTICO
PRESCRIPCION



## HISTORIA CLINICA

MOTIVO DE CONSULTA
ANTECEDENTES TRATAMIENTO EVOLUCION
PRACTICA DEPORTE

## EXAMEN CLINICO

PIE EN DESCARGA
PIE EN CARGA
MARCHA
TIPO DE CALZADO HABITUAL
VALORACION Y ANALISIS DEL CALZADO

I		D
<input type="checkbox"/>	PPV	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PIE CAVO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	VARO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	VALGO	<input type="checkbox"/>

I		D
<input type="checkbox"/>	EQUINO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PPTA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ESPOLON	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	TALAGIA	<input type="checkbox"/>

I		D
<input type="checkbox"/>	SEVER	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DEDOS EN GARRA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	N. MORTON	<input type="checkbox"/>

I		D
<input type="checkbox"/>	HALLUX VALGUS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	HALLUX RIGIDUS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	JUANETE SASTRE	<input type="checkbox"/>

GENU VARO	DIC	cm.
GENU VALGO	DIM	cm.

	SI	NO
PIES LAXOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIE DIABETICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CALLOSIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZONAS DOLOROSAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

--