

## FICHA CLINICA PODOLÓGICA

### ANTECEDENTES PERSONALES

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_  
 RUT: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Actividad Laboral: \_\_\_\_\_  
 Teléfono contacto: \_\_\_\_\_ Telefono emergencia: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### FACTORES DE RIESGO CV

	SI	NO	AÑOS	TRATAMIENTO		SI	NO	AÑOS	TRATAMIENTO
HTA					OSTEOARTICULAR				
DM					IAM				
DLP					ACV				
ENF. TIROIDEA					TBQ				
ENF. RESPIRATORIA					OH/DROGAS				
PESO	TALLA			IMC	CC	DG NUTRICIONAL			
OTRO									

### EXAMEN FISICO PODOLOGICO

HIGIENE	MARCHA	
CALZADO	N°	FORMULA DIGITAL
	PIE D°	
	PIE I°	
	HIDRATACION	
	COLORACION	
	TEMPERATURA	
	EDEMA	
	MICOSIS	
	HQ	
HELOMA		
VARICES		
EVOLUCION DE INGRESO	SENSIBILIDAD	
	DOLOR	
	PULSO PEDIO	
PLAN DE TRATAMIENTO	PULSO TIBIAL POSTERIOR	
	MALFORMACION	
	LESIONES	

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted acude a este centro de podología clínica para recibir una atención de podología la cual será brindada por un profesional especializado o en entrenamiento bajo supervisión directa del profesional. El centro de podologia Clinica InnovaMed es un centro de podologia Clinica docente donde se capacitan podólogos clínicos. los alumnos podrán intervenir siempre bajo la supervisión del profesional docente. La información que usted proporciona será protegida por su carácter confidencial en tal sentido solicitamos su autorización para la participación de alumnos lo cual contribuirá a que en el futuro puedan ayudar a otras personas. Si usted no aceptase la presencia de alumnos durante su atención se le garantizara de todos modos la misma calidad del servicio.

Yo \_\_\_\_\_ Rut \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado del tratamiento a recibir, beneficios y complicaciones de este,

**SI**  **NO**  Doy mi consentimiento para participar en esta actividad docente sabiendo que puedo cambiar de opinión sin que esta decisión afecta la calidad de acción a la que tengo derecho.

Firma: \_\_\_\_\_

## REGISTRO DE ATENCIÓN PODOLÓGICA

FECHA		P/A			HGT		
DG PODOLÓGICO							
TTO REALIZADO							
EVOLUCION							
INDICACION							
EDUCACION							
DERIVACION							
PROXIMO CONTROL				FIRMA			
FECHA		P/A			HGT		
DG PODOLÓGICO							
TTO REALIZADO							
EVOLUCION							
INDICACION							
EDUCACION							
DERIVACION							
PROXIMO CONTROL				FIRMA			
FECHA		P/A			HGT		
DG PODOLÓGICO							
TTO REALIZADO							
EVOLUCION							
INDICACION							
EDUCACION							
DERIVACION							
PROXIMO CONTROL				FIRMA			
FECHA		P/A			HGT		
DG PODOLÓGICO							
TTO REALIZADO							
EVOLUCION							
INDICACION							
EDUCACION							
DERIVACION							
PROXIMO CONTROL				FIRMA			