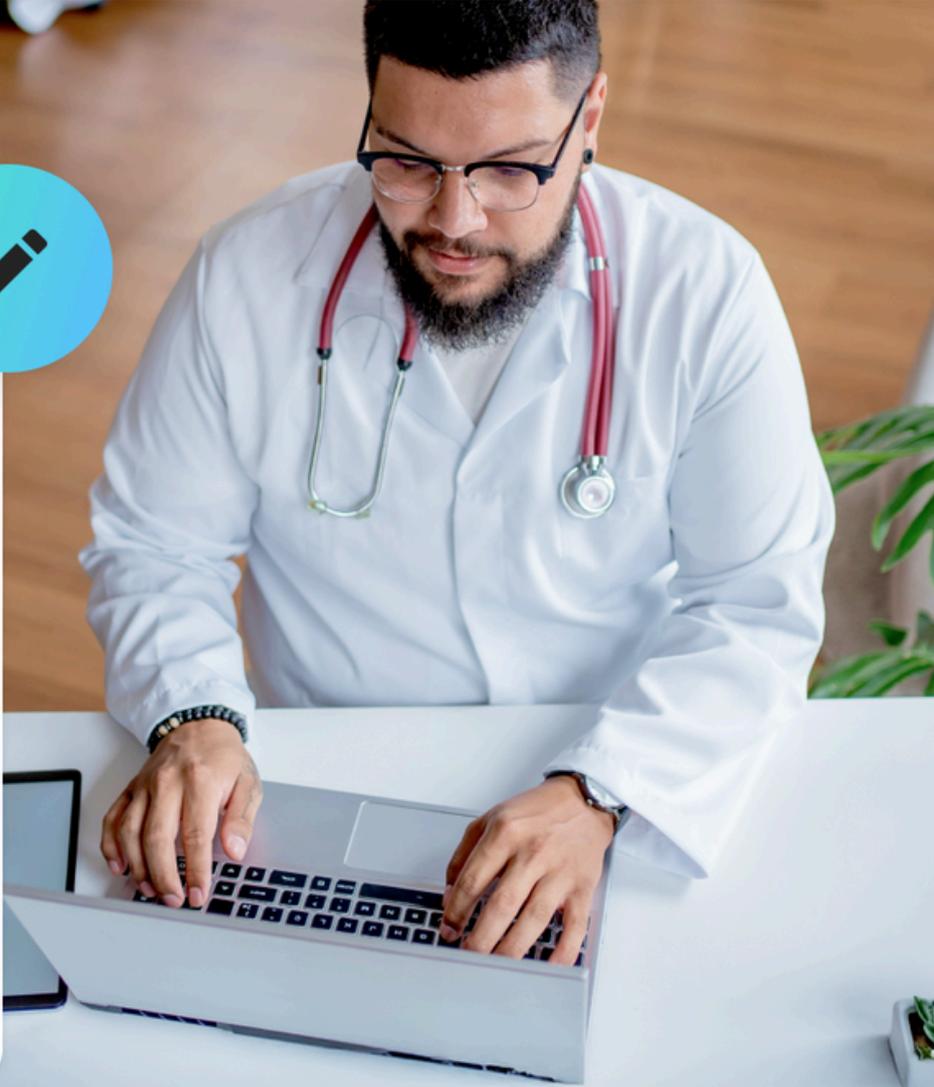




Noa
by Doctoralia

Plantillas por especialidad

Descarga la plantilla de Noa Notes que mejor se adapte a tu especialidad e intereses



Visita de primera vez

Historial médico ✕

Historial médico

Síntomas ✕

Síntomas

Diagnóstico ✕

Diagnóstico

Cancelar **Guardar**

1. Psicología - Evaluación

Secciones:

- Motivo consulta: emociones, pensamientos y conductas
- Eventos relevantes que asocien a la problemática: cómo han influido en el problema
- Historial médico y psicológico (antecedentes familiares y personales): máximo detalle posible
- Ámbito familiar: miembros familia, papel de cada uno, calidad relación, problemas
- Ámbito social: personas que menciona, descripción de la relación, si considera que es urgente
- Ámbito laboral/académico: puesto actual, grado de satisfacción, funciones que realiza, disparadores que asocia a la problemática
- Otros: aspectos que no encajan en categorías anteriores pero son relevantes
- Comportamiento Corporal (parar grabación de la sesión y grabar impresiones del/de la profesional)
- Resumen (Detállame una conclusión)
- Evaluación

💡 ¿Quieres la transcripción? agrega esta sección: *“transcripción literal de la terapia diferenciando terapeuta y paciente. Separa las frases de cada uno en filas diferentes”*.

2. Psicología - Terapia

Secciones:

- Resumen de la Semana: estado emocional, situaciones que menciona (social, familiar, laboral)
- Respuestas que da a mis preguntas sobre sus problemas, quiero que incluyas la pregunta
- Aspecto emocionales que le reflejo sobre la situación: Incluye el reflejo que yo hago y la situación
- Tareas realizadas en la sesión: técnicas que menciono, nuevas formas de abordar el problema
- Reflexiones que realice el paciente sobre algo trabajado
- Consentimiento Noa Nota

3. Psicología - Seguimiento (A)

Secciones:

- Estado emocional desde la última sesión: Mejora o empeoramiento y las causas que comenta el paciente
- Acciones emprendidas por el paciente desde la última sesión: incluye preguntas del profesional y respuestas del paciente
- Tareas realizadas durante la sesión: técnicas que menciono y nuevas formas de abordar el problema
- Instrucciones detalladas para que realice el paciente antes de la próxima sesión: en base a las técnicas y recomendaciones
- Orientación y consejos que vamos a trabajar en la próxima sesión

4. Psicología - Seguimiento (B)

Secciones:

- Estado emocional desde la última sesión: Describe los cambios emocionales desde la última sesión e identifica las causas referidas por el paciente.
- Acciones desde la última sesión: Registra las acciones emprendidas por el paciente entre sesiones y sus respuestas a las preguntas del profesional.
- Trabajo realizado en la sesión: Anota las técnicas, materiales o intervenciones aplicadas y la reacción del paciente ante ellas.
- Tareas para la próxima sesión: Especifica las tareas o ejercicios asignados al paciente para realizar antes de la próxima sesión.
- Líneas a trabajar en la próxima sesión: Define el foco terapéutico previsto y la orientación clínica para la próxima sesión.
- Observaciones del profesional (opcional): Añade valoraciones clínicas subjetivas o aspectos no expresados verbalmente (actitud, contradicciones, etc.).

5. Psicología - Terapia de parejas

Secciones:

- Datos de los pacientes: Nombre, edad de cada integrante de la pareja y duración de la relación.
- Estado actual de la relación y convivencia.
- Expectativas de la terapia y compromiso.
- Resumen general de la sesión
- Motivos comunes de terapia: Infidelidades: Comunicación: Diferencias de valores: Problemas sexuales: Criar hijos:
- Celos y desconfianza: Si hablan de alguna persona en concreto, explícalo. Desde cuándo aparecen los celos.
- Motivos individuales de la terapia: ¿Las dos personas sienten que el problema es el mismo?
- Dinámica de la relación: Niveles de apoyo emocional, físico y psicológico. Patrones recurrentes, positivos o negativos.
- Relación entre la pareja y sus familiares y amigos
- Manejo de desacuerdos y conflictos: evitación o enfrentamiento.
- Objetivo de la terapia: Qué pretenden obtener con la terapia
- Notas adicionales y conclusiones del terapeuta:
- Datos relevantes que no se han mencionado en apartados anteriores
- Rupturas: ¿Han dejado la relación en algún momento?

6. Psicología - Conceptualización del caso desde EMDR

Secciones:

- Motivo de la consulta: Síntomas somáticos, Conductuales y Emocionales
- Factor precipitador (Detalles) y Disparadores actuales
- Creencias positivas y Negativas
- Estilo de regulación emocional
- Estilo e historia de apego
- Patrones de funcionamiento interno: Defensas
- Material adaptativo: Fortalezas y Sensaciones agradables
- Historia de desarrollo evolutivo, Antecedentes familiares
- Factores de seguridad: Medicación, Red de apoyo

7. Terapia Familiar - Primera Visita

Secciones:

- Presentación de los miembros: Edad, nombre, situación, hobbies, etc. (Separar por miembro)
- Motivo de consulta: Perspectiva separada por miembro
- Miembro que destacan: El miembro que lo está pasando peor
- Explicación que le dan al problema: Separa por miembro
- Destacar si el terapeuta se queda solo con algún miembro de la familia
- Relación de los hijos con los padres: Des del punto de vista de los hijos
- Relación de los padres con los hijos: Des del punto de vista de los padres
- Relación de los padres con sus funciones parentales: Normas y límites, cariño, protección física y emocional, implicación, etc.
- Relación entre los padres: Discusiones, comunicación, valores, creencias, intimidad, planes, etc.
- Relación entre hermanos: Que roles tienen
- Notas y conclusión del terapeuta

8. Terapia Cognitivo Conductual

Secciones:

- Motivo de Consulta (Emociones, pensamientos y conductas): Qué le preocupa al paciente.
- Eventos Relevantes (Situaciones relacionadas con el problema): Hechos pasados o recientes que influyen en lo que vive ahora.
- Historial Médico y Psicológico (Antecedentes personales y familiares): Enfermedades previas, diagnósticos, tratamientos.
- Ámbito Familiar (Estructura, roles, vínculos, conflictos): Quiénes forman su familia, cómo se relacionan y si hay problemas.
- Ámbito Social (Relaciones, apoyo, urgencias): Amistades, vínculos, red de apoyo. Señalar si hay urgencia.
- Ámbito Laboral o Académico (Ocupación, satisfacción, fuentes de estrés): Cómo se siente en su rol y qué le genera malestar.
- Ejercicios Realizados en Casa (Registros de pensamientos, emociones y conductas): Revisar tareas asignadas entre sesiones.

9. Terapia Humanista

Secciones:

- Motivo de Consulta (Emociones, vivencias, malestar existencial): Qué siente, cómo lo vive, qué busca comprender o sanar.
- Relación Familiar Actual y Pasada (Descripción de cada miembro de la familia y su vínculo): Nombre y rol
- Recuerdos de la Infancia (Vivencias emocionales significativas): Ambiente familiar, emociones predominantes, momentos clave.
- Traumas Personales (Eventos que marcaron la experiencia del paciente): Cómo impactaron en su forma de sentirse y verse.
- Autoimagen y Autoestima (Cómo se percibe a sí mismo/a): Quién es, cómo se siente consigo mismo/a, sus dudas internas
- Relaciones (Pareja, Amistades, etc.): Tipo de relaciones, patrones que se repiten, necesidades no satisfechas
- Sentido de Vida y Valores (Preguntas existenciales, propósito, necesidades): Qué valores tiene, siente vacío o desconexión, etc.
- Observaciones del Profesional (Actitud en sesión, expresión emocional, autenticidad, momentos clave)
- Ejercicios o Reflexiones Entre Sesiones (Actividades propuestas para el trabajo personal fuera de consulta)
- Resumen y Acompañamiento Terapéutico: Emociones emergentes, acuerdos terapéuticos y próximos temas a trabajar.

10. Terapia grupal - Primera visita

Secciones:

- Presentación de los participantes: Nombre, estilo de comunicación y actitud hacia el grupo (reservado, abierto, defensivo, etc.)
- Motivación para asistir al grupo: Razones individuales por las que participan, expectativas, que tipo de ayuda buscan.
- Problemática principal referida: Breve resumen del malestar de cada participante. Contextos (familiar, social, laboral, etc.)
- Eventos vitales relevantes (por participante): Acontecimientos que hayan influido en su situación actual.
- Percepción del grupo y dinámica inicial: Impresiones sobre el ambiente del grupo. Interacciones destacables entre miembros.
- Impresiones clínicas del/la terapeuta: Observaciones del grupal inicial, estilos de participación, posibles resistencias, roles emergentes. Contradicciones, actitudes no verbales, etc.
- Notas adicionales y conclusiones del terapeuta:

11. Terapia grupal - Seguimiento

Secciones:

- Estado emocional y evolución desde la última sesión (por participante): Cambios referidos en su pensamiento o comportamiento.
- Participación en la dinámica grupal: Nivel de implicación de cada miembro. Roles grupales (cuidador, líder, evitador, etc.)
- Temas tratados en la sesión: Conexión de esos temas con experiencias individuales y con el proceso grupal.
- Técnicas y dinámicas grupales aplicadas por el terapeuta: (role playing, preguntas reflexivas, etc.) y reacción del grupo.
- Tareas o reflexiones propuestas entre sesiones: Actividades sugeridas, reflexiones, acuerdos grupales o individuales.
- Líneas a trabajar en próximas sesiones: Focos terapéuticos grupales o individuales. Elementos emocionales a profundizar.
- Observaciones clínicas: Percepción del progreso individual y grupal, dinámicas y factores que facilitan o bloquean el proceso.

12. Psicología - Hipnosis

Secciones:

- Inducción y profundización
- Metáfora y visualizaciones
- Palabras clave por ejemplo: calma, confianza, seguridad...
- Preguntas que le hago al cliente y respuestas que da: textualmente
- Salida, le cuesta al cliente

13. Psiquiatría - Primera Visita 1/2

Secciones:

- Datos del Paciente: Nombre, Edad, ciudad, sexo y datos relevantes. Con quién vive.
- Motivo de Consulta: Razones de búsqueda de terapia psiquiátrica.
- Medicación actual: Medicamento, posología y motivo.
- Historial Clínico y Terapéutico: Antecedentes médicos y psiquiátricos. Tratamientos previos, hospitalizaciones.
- Exploración Psicopatológica: Descripción de estados de ánimo, ansiedad, miedos o angustia, delirios, desorientación, juicio etc
- Estado Emocional y Cognitivo: Adjetivos y metáforas que usa el paciente. Evaluación del afecto y la expresión emocional.
- Patrones de pensamiento y afrontamiento. Contexto Vital y Familiar:
- Eventos recientes o pasados relevantes. Antecedentes de problemas psicológicos.
- Fortalezas y debilidades: Factores que refuerzan su confianza. Aspectos que generan estrés o autoexigencia
- Conflictos internos o interpersonales. Descripción de relaciones personales.
- Objetivos Terapéuticos: Expectativas del paciente respecto al tratamiento psiquiátrico y/o psicoterapéutico.

13. Psiquiatría - Primera Visita 2/2

- Plan Terapéutico y Seguimiento: Prescripciones, indicaciones médicas, tareas o recomendaciones para la siguiente sesión.
- Tareas para la próxima sesión.
- Conductas de Riesgo: Evaluación de ideación suicida, autolesiones, riesgo para otros. Resumen y transcripción literal de frases.
- Resumen de la terapia: Síntesis objetiva de los temas tratados.
- Notas y conclusiones del terapeuta.

14. Psiquiatría - Seguimiento

Secciones:

- Datos del Paciente: Nombre, edad, fecha de la sesión, tiempo desde la última consulta.
- Motivo de la Consulta Actual: Razón específica por la que acude hoy. Cambios desde la última sesión
- Evolución Clínica: Cambios en el estado de ánimo, síntomas actuales, reacción ante eventos recientes.
- Seguimiento del tratamiento: Efectos secundarios, opinión del paciente, ¿sigue las indicaciones?
- Exploración Psicopatológica actualizada. Estados de ánimo, ansiedad, miedos o angustia, delirios, desorientación, juicio etc
- Cambios en el entorno o estilo de vida:
- Evaluación de conductas de riesgo: ¿Hay nuevas conductas? ¿Han mejorado las de las últimas sesiones?
- Percepción del paciente sobre su evolución: Cómo se ha sentido, expectativas, preocupaciones actuales.
- Objetivos para el Próximo Periodo: Metas terapéuticas concretas a corto plazo.
- Plan de Tratamiento: Modificaciones en medicación dosis y recomendaciones clínicas. Próxima sesión.
- Notas y conclusiones del psiquiatra

15. Neurología

Secciones:

- Datos del paciente (Nombre, edad, Género, Antecedentes Médicos)
- Motivo de consulta (Síntomas principales)
- Historia clínica (Inicio y evolución de los síntomas, factores desencadenantes, tratamientos previos y su efectividad)
- Exploración neurológica (reflejos, fuerza muscular, sensibilidad, coordinación, marcha, lenguaje, memoria, nervios craneales)
- Pruebas complementarias (Resultados de estudios)
- Diagnóstico (Enfermedad neurológica sospechada o confirmada)
- Plan de tratamiento (Medicación, rehabilitación, recomendaciones)
- Notas adicionales (Recomendaciones al paciente, pruebas adicionales, plan de control.)

16. Dermatología

Secciones:

- Datos del paciente: Nombre, edad.
- Motivo de consulta: Breve resumen del problema dermatológico.
- Hábitos de cuidado de piel: Cosméticos, medicamentos etc
- Antecedentes personales y familiares: Enfermedades previas, alergias, historial dermatológico.
- Exploración física: Descripción detallada de las lesiones (tipo, distribución, color, textura).
- Diagnóstico diferencial: Posibles diagnósticos basados en los hallazgos clínicos.
- Diagnóstico final: Explicación del diagnóstico más probable.
- Tratamiento y recomendaciones: Medicación, cuidados de la piel y seguimiento
- Plan de seguimiento: Tiempo de reevaluación y signos de alarma
- Notas libres del profesional

17. Medicina estética

Secciones:

- Datos del paciente: Edad, género, ocupación.
- Antecedentes: médicos, quirúrgicos, alérgicos, farmacológicos. Hábitos: skincare, exposición solar, tabaquismo, dieta.
- Procedimientos estéticos previos: Toxina botulínica, ácido hialurónico, hilos tensores etc y cuándo
- Motivo de consulta: Razón de consulta, expectativas y objetivos estéticos. Evolución del problema y factores desencadenantes.
- Antecedentes personales y familiares: Enfermedades dermatológicas, metabólicas o endocrinas. Alergias.
- Evaluación clínica y exploración física: Tipo de piel, pérdida de volumen, manchas etc
- Diagnóstico estético y plan de tratamiento:
- Opciones terapéuticas y plan de intervención: Toxina botulínica, Rellenos dérmicos, Bioestimulación, peelings, láser...
- Cuidados post procedimiento y recomendaciones:
- Plan de seguimiento: Sesiones requeridas y evolución esperada. Reevaluación y criterios de mejoría.
- Notas del profesional

18. Inmunología

Secciones:

- Datos del paciente
- Motivo de la consulta: síntomas principales
- Historia clínica
- Síntomas actuales: Descripción detallada de los síntomas incluyendo duración, densidad y factores que agravan o alivian
- Antecedentes médicos: Enfermedades previas, alergias, tratamientos actuales
- Antecedentes familiares: Historial de enfermedades autoinmunes u otros padecimientos en familiares directos
- Evaluación del inmunólogo
- Exploración física: hallazgos relevantes en la exploración médica como erupciones cutáneas, inflamación articular, fiebre
- Hipótesis diagnóstica: Posibles enfermedades que se están considerando
- Pruebas diagnósticas
- Estudios solicitados: Lista de pruebas de laboratorio
- Resultados: Valores relevantes obtenidos en los estudios
- Diagnóstico: Enfermedad diagnosticada basada en la evaluación clínica y resultados del laboratorio
- Plan de tratamiento
- Próxima visita de control

19. Fisioterapia

Secciones:

- Proporcione los detalles generales del paciente, incluyendo nombre completo, edad, género, ocupación y datos de contacto.
- Describa el problema principal, la duración de los síntomas, factores que agravan o alivian la condición y tratamiento previo
- Historial médico, enfermedades previas, cirugías, medicación actual, historial familiar y detalles sobre su estilo de vida
- Evaluación del paciente: observaciones de postura y movimiento, zonas de tensión, rango de movimiento, y resultados de pruebas.
- Especifique el diagnóstico obtenido, incluyendo la condición identificada, áreas afectadas y posibles causas de la misma.
- Objetivos del tratamiento, las técnicas y terapias propuestas, y la frecuencia y duración de las sesiones recomendadas.
- Ofrezca ejercicios para realizar en casa, modificaciones en su estilo de vida y consejos ergonómicos
- Indique la fecha de la próxima cita y cómo se llevará a cabo la evaluación continua del progreso del paciente.
- Incluya comentarios o preocupaciones adicionales tanto del paciente como del terapeuta.

20. Podología

Secciones:

- Datos del paciente: Edad, género, Nombres:
- Motivo de la consulta: Cual es la causa principal
- Historial Médico: Tiene alguna enfermedad de base
- Actividad diaria: Trabajo, deportes, etc
- Medicaciones: Quiero que me incluyas el nombre del medicamento, dosis y que utilidad tiene
- Analiza la medicación que nombra si existe alguna contraindicación entre medicamentos o enfermedad del paciente
- Alergias: Detallame las alergias que menciona a medicamento, comidas.
- Diagnóstico: Causa de la patología
- Estudio biomecánico: Tipo de marcha, desviaciones rotacionales, tipo de presiones. Quiero el máximo detalle del diagnóstico
- Tratamiento: Detalla el tratamiento que recomiendo o que realizo
- Resumen de la visita

21. Nutrición

Secciones:

- Motivo de la Visita
- Historia clínica y medicación
- Hábitos Alimenticios (Desayunos, Media Mañana, Comida, Merienda, Cena): Especificar el horario de cada comida
- Objetivos del Paciente
- Estado emocional y comportamiento Alimentario
- Peso Corporal, Altura, Índice de Masa Corporal (Calcular), Índice de Grasa, Índice de Masa Muscular.
- Mediciones de Circunferencias: Cintura, cadera, etc
- Actividad Física: tipo, frecuencia, duración. ¿Vida sedentaria o activa?
- Plan de acción
- Mejora mi plan de acción

22. Nutrición 1/2

Secciones:

- Datos del Paciente: Nombre y apellidos, edad, fecha de nacimiento, altura, teléfono, email
- Motivo de la consulta (copiar textualmente lo que diga)
- Historia Clínica y medicación: Enfermedades, Suplementos (tipo y dosis), Alergias, intolerancias, Problemas digestivos (estreñimiento, etc.)
- Hábitos Alimenticios (Desayunos, Media Mañana, Comida, Merienda, Cena, Picoteo): Con máximo detalle y separado por categorías.
- Especificar el horario de cada comida
- Preferencias alimentarias: Vegetariano, Vegano, Comida Rápida, Hábitos de Hidratación
- Objetivos del Paciente: Que quiere conseguir el paciente con la consulta
- Estado emocional, Nivel de Estrés, Horas de Trabajo y comportamiento Alimentario: Incluye dietas que haya seguido en el pasado
- Calidad del sueño: Incluye horario y si tiene cansancio y fatiga durante el día
- Hábitos de Masticación y Digestión: Incluye cuántas veces mastica la comida, si tiene molestias en el estómago y si su intestino es regular

22. Nutrición 2/2

- Peso Corporal, Grasa Visceral, BF, Altura, Índice de Masa Corporal (Calcular), Índice de Grasa, Índice de Masa Muscular.
- Mediciones de Circunferencias: Cintura, cadera, etc
- Actividad Física: tipo, frecuencia, duración. Vida sedentaria o activa: Describe con detalle
- Analíticas de sangre: Si se ha hecho y resultados
- Propuesta del profesional

23. Medicina general

Secciones:

- Datos generales del paciente (Nombre completo, edad, sexo y profesión)
- Motivo de consulta (Describe en detalle el problema o síntomas que llevaron al paciente a buscar atención médica)
- Antecedentes personales (Antecedentes médicos relevantes)
- Antecedentes quirúrgicos (Incluye tipo de cirugía y fechas aproximadas)
- Antecedentes familiares (Incluye tipo de patología)
- Alérgicas (A medicamentos, alimentos, plantas, animales, etc)
- Uso de medicamentos (Nombre, dosis, frecuencia y respuesta)
- Exploración física
- Plan de tratamiento o estudios complementarios
- Observaciones adicionales del profesional
- Peso Corporal, Grasa Visceral, BF, Altura, Índice de Masa Corporal (Calcular), Índice de Grasa, Índice de Masa Muscular.
- Mediciones de Circunferencias: Cintura, cadera, etc
- Actividad Física: tipo, frecuencia, duración. Vida sedentaria o activa: Describe con detalle
- Analíticas de sangre: Si se ha hecho y resultados
- Propuesta del profesional

24. Osteopatía

Secciones:

- Datos del paciente: Nombre, edad y sexo
- Motivo de consulta: Razón principal por la que el paciente acude y Evolución y contexto del problema
- Antecedentes médicos: Lesiones previas: Enfermedades crónicas. Tratamientos previos
- Hábitos de vida:
- Anamnesis: Inicio del problema, características del dolor. Factores agravantes y atenuantes. Estado emocional y estrés.
- Pruebas diagnósticas previas: Radiografías, resonancias, análisis u otros estudios médicos.
- Exploración física
- Diagnóstico osteopático: Disfunciones detectadas y relación con el problema del paciente.
- Pruebas complementarias solicitadas y/o derivación a otro especialista.
- Tratamiento realizado: Técnicas aplicadas y reacciones del paciente
- Recomendaciones y seguimiento: Ejercicios o estiramientos para casa, modificaciones en hábitos posturales
- Próximas sesiones : Fecha y planificación de próximas sesiones:
- Observaciones adicionales:

25. Dental

Secciones:

- Datos del paciente: Nombre, edad, etc
- Motivo de la consulta: síntomas que llevaron al paciente a buscar atención médica
- Medicación actual: Nombre del medicamento, dosis y respuesta
- Historia clínica: antecedentes médicos y odontológicos relevantes
- Exploración clínica: descripción de la inspección intraoral y extraoral, hallazgos clínicos etc.
- Diagnóstico presuntivo: basado en los hallazgos.
- Tratamiento realizado y resultado: obturación, limpieza, exodoncia, etc
- Indicaciones postoperatorias o recomendaciones: Si las hay
- Plan de seguimiento.
- Resumen de la consulta: breve texto que sintetice el motivo de consulta, el diagnóstico y el tratamiento realizado.

26. Vascular

Secciones:

- Datos generales del paciente: Nombre, edad, sexo, profesión y factores de riesgo vascular (HTA, DM, dislipemia, tabaquismo).
- Alergias: A medicamentos, alimentos o plantas, describiendo la reacción si es conocida.
- Antecedentes quirúrgicos: Tipo de cirugía, fecha aproximada y complicaciones vasculares si las hubo.
- Antecedentes personales: Enfermedades crónicas, enfermedad venosa o arterial previa, traumatismos.
- Uso de medicamentos: Nombre, dosis, frecuencia, respuesta y objetivo terapéutico.
- Antecedentes familiares: Patologías vasculares hereditarias, edad de aparición y relación familiar.
- Motivo de consulta: Razón principal de la visita, síntoma guía, duración e impacto funcional.
- Síntomas: Dolor, edema, cambios en la piel, claudicación, úlceras o sensación de frío.
- Exploración física: Pulsos periféricos, temperatura, coloración, llenado capilar, edemas y signos tróficos.
- Estudios complementarios o plan: Eco-Doppler, analíticas, índice tobillo-brazo u otras pruebas necesarias.
- Observaciones del profesional: Juicio clínico, riesgos, plan de seguimiento y próxima evaluación.
- Tratamiento: Descripción del plan de tratamiento propuesto por el profesional

27. Medicina integrativa 1/2

Secciones:

- Datos del paciente: Nombre, edad, sexo, profesión, motivo de consulta principal y expectativas personales.
- Motivo de consulta: Describe por qué busca atención, hace cuánto comenzó y qué ha intentado hasta ahora.
- Síntomas actuales: Detalla síntomas, duración, intensidad, frecuencia e impacto funcional.
- Estado emocional y mental: Ánimo, estrés, calidad del sueño, síntomas ansiosos o depresivos, claridad mental.
- Alimentación y hábitos nutricionales: Tipo de dieta, horarios, relación con la comida, emociones asociadas.
- Sueño y descanso: Calidad, duración, despertares nocturnos, rutina de descanso y energía al despertar.
- Actividad física y estilo de vida: Ejercicio, rutina diaria, sedentarismo, exposición a luz natural.
- Medicación y tratamientos actuales: Fármacos, dosis, suplementos, fitoterapia y terapias en curso.
- Antecedentes médicos personales: Enfermedades, cirugías, alergias, infecciones persistentes o crónicas.
- Nacimiento y primera infancia: Tipo de parto (natural, cesárea), si hubo complicaciones, lactancia y primeros años de vida.
- Antecedentes familiares relevantes: Patologías hereditarias, enfermedades autoinmunes, cáncer, trastornos mentales.

27. Medicina integrativa 2/2

- Terapias complementarias previas: Acupuntura, homeopatía, flores de Bach, reiki, osteopatía u otras.
- Tóxicos y exposiciones ambientales: Uso de plásticos, metales pesados, cosmética, productos químicos.
- Objetivos del tratamiento: Qué espera lograr el paciente, cómo le gustaría sentirse en el corto y largo plazo.
- Evolución y seguimiento: Cambios desde el inicio, síntomas nuevos, adherencia a recomendaciones.
- Resumen general de la sesión: Valoración del profesional, síntesis del caso y principales hallazgos.
- Notas adicionales del profesional: Reflexiones clínicas, plan de seguimiento, próximos pasos y prioridades.

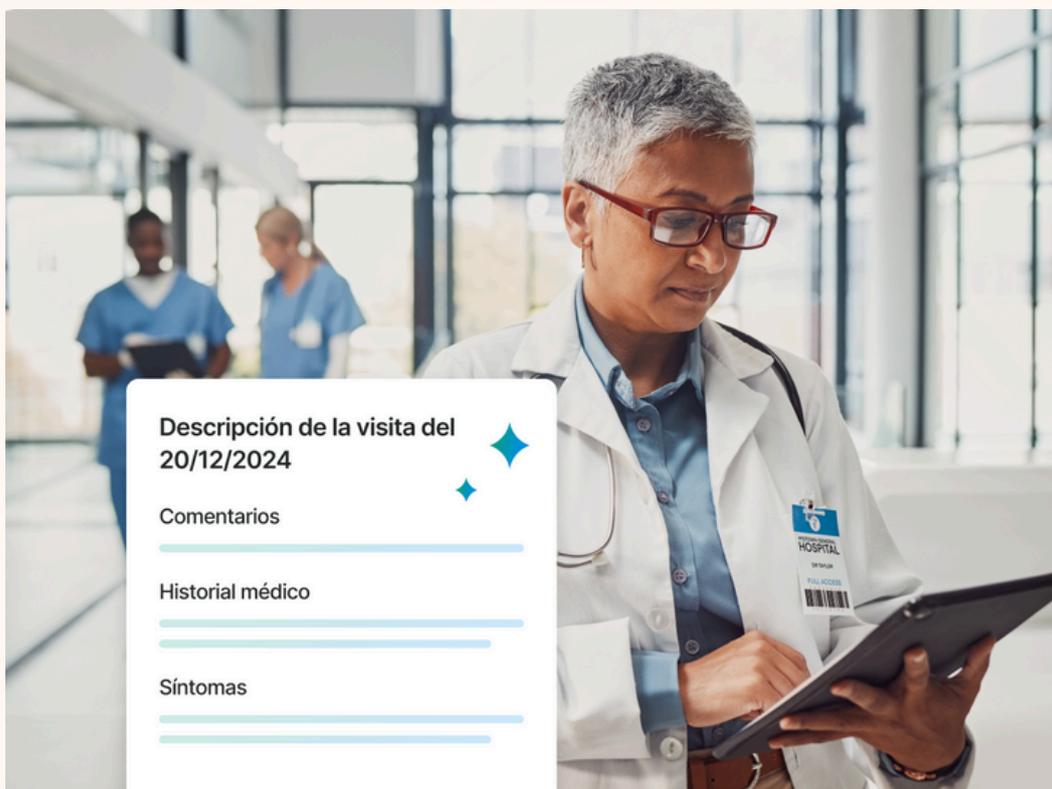
28. Traumatología

Secciones:

- Datos del paciente: Nombre, edad y sexo
- Describa el problema principal, la duración de los síntomas, factores que agravan o alivian la condición y tratamiento previo
- Consecuencia del dolor: Caída, golpe, mala postura, etc.
- Historial médico: Enfermedades y lesiones previas, cirugías, medicación actual y detalles sobre su estilo de vida (hace deporte...)
- Pruebas diagnósticas previas: Radiografías, resonancias, análisis u otros estudios médicos.
- Exploración física:
- Diagnóstico obtenido: Condición identificada, áreas afectadas y posibles causas de la misma.
- Tratamiento: Las técnicas y terapias propuestas, y la frecuencia y duración de las sesiones recomendadas.
- Pruebas solicitadas:
- Observaciones adicionales: Incluye comentarios o preocupaciones adicionales tanto del paciente como del profesional.

¿Necesitas ayuda para configurar tus plantillas?

Contacta con el equipo de Doctoralia. Estamos aquí para ayudarte.



<https://notes.es>.