

Registro del cliente

Fisioterapia

Nombre del negocio

DETALLES DEL CLIENTE

Nombre completo

Número de teléfono

Correo electrónico

Fecha de nacimiento

DETALLES DEL SERVICIO

Motivo de la visita

Historial médico y diagnóstico

Medicación actual

Nivel de dolor de 0 a 10

Evaluación y rango de movimiento

Plan de tratamiento y número de sesiones

Notas de progreso

Notas

Fecha

Firma del especialista