Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2019

HOJA DE RUTA DIARIA

1/1

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Albucer Hilario

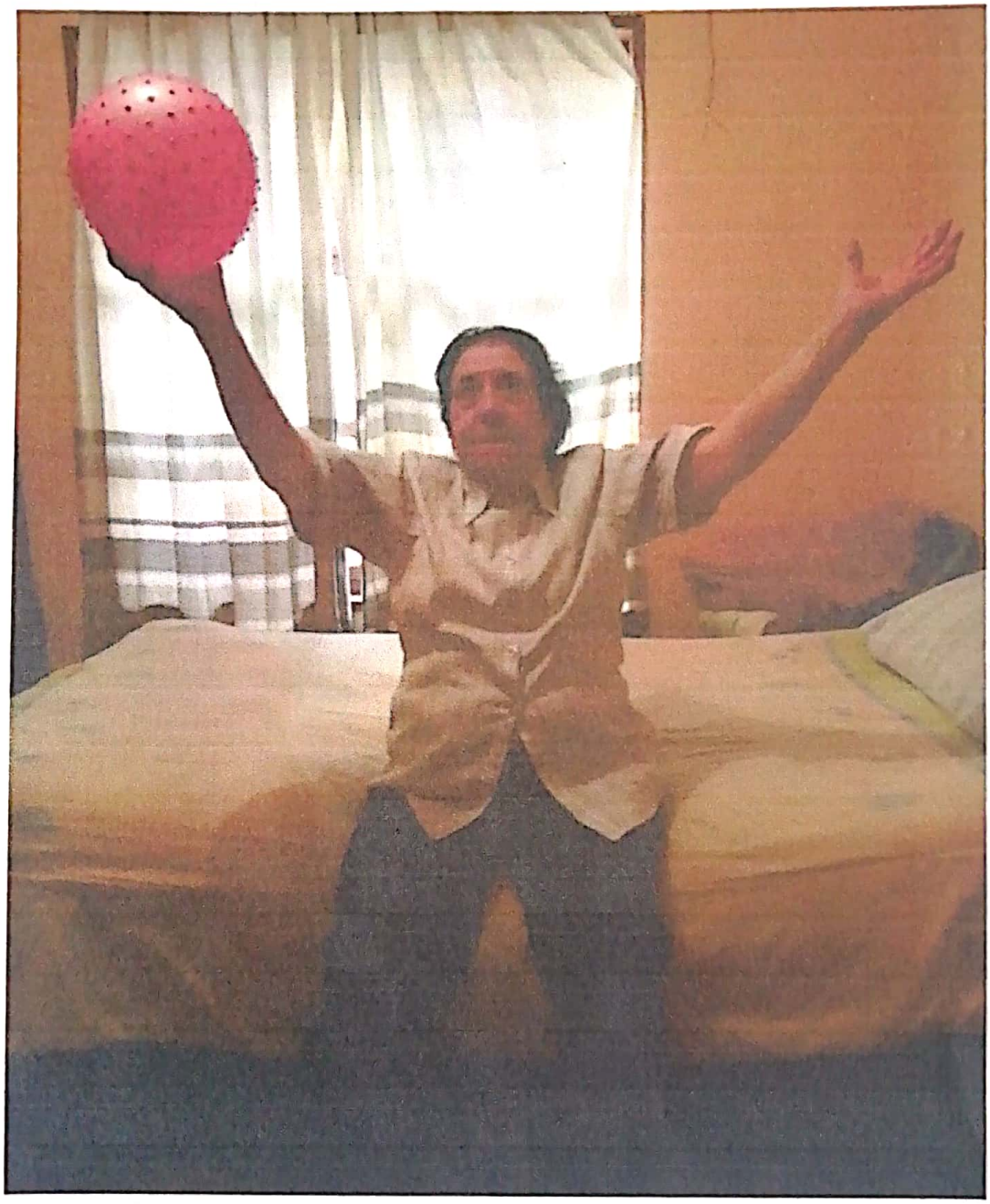
DIRECCIÓN: Calle 12A # 16-28 **TELÉFONO:** 3134891458

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
1-10-2021	12:00pm	

Escaneado con CamScanner

145

ALBINAER HILARION DE PERALTA CC 41.486.474



Escaneado con CamScanner

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, jueves, 15 de julio de 2021 00:05:19

HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 41.486.474

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ALBINAER HILARION DE PERALTA
Identificación	CC 41.486.474 Edad: 77 años, 6 meses y 14 días
Nacimiento	CABRERA (CUNDINAMARCA) sábado, 01 de enero de 1944
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE12 16-28 Teléfono: 3143885385
Ocupación	HOGAR
Responsable	EPIMACO PERALTA Parentesco: ESPOSO Teléfono: 3143885385
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo afiliación: COTIZANTE

Estado civil: CASADO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO) Género: Femenino

FECHA CONSULTA: miércoles, 1 de julio de 2021 12:00:00 p. m. - EDAD: 77 años, 6 meses y 13 días

ANTECEDENTES

- PERSONALES: Paciente con fractura de tibia derecha
- PATOLOGICOS: Hipertensión arterial y Secuelas de ACV
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: Losartan, Amlodipino, ASA, Acetaminofén e hidroclorotiazida
- QUIRURGICOS: Cirugía de cadera y Pomeroy
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Paciente que no permite valoración física manifestado malestar general

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente con dificultad en algunas de las AVD y funcionalidad

POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con secuelas de ACV con 30 años de evolución, Cirugía de cadera hace 10 años.

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

HABILIDADES MOTORAS BASICAS

- Fuerza muscular: MSD Presente MSI Presente
- Amplitud articular: MSD Presente MSI Presente
- Sensibilidad: MSD Presente MSI Ausente

DESPLAZAMIENTO

- Marcha: SI
- Salto: NO

IMAGEN CORPORAL

- Reconocimiento: SI
- Concepto: SI

HABILIDADES GRAFOMOTORAS

- Dominancia manual: MSD Presente
- Corta con tijeras: MSD Presente

PATRONES INTEGRALES

- Alcanzar: MSD Presente MSI Presente
- Lanzar: MSD Presente MSI Presente
- Agarre cilíndrico: MSD Presente MSI Presente
- Agarre a mano llena: MSD Presente MSI Presente
- Agarre dígito palmar: MSD Presente MSI Presente
- Agarre dígito-digital: MSD Presente MSI Presente
- Enganche: MSD Presente MSI Presente
- Pinza fina: MSD Presente MSI Presente
- Pinza lateral: MSD Presente MSI Presente

PATRONES FUNCIONALES

- Mano-Cabeza: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Boca: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Cuello: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Hombro contralateral: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Hombro IPSI-Lateral: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Espalda: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Glúteo: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Pie: MSD Presente MSI Presente

Escaneado con CamScanner

HABILIDADES SENSORIALES
- Fijación visual: SÍ
- Seguimiento visual: SÍ
- Percepción visual: SÍ
- Estravismo:NO
- Nistagmus:NO
- Seguimiento auditivo: SÍ
- Responde al nombre: SÍ
- Tolera estímulo propioceptivo: SÍ
- Tolera estímulo vesticular:SI
- Tolera cambios de velocidad: NO
- Tolera cambios de dirección: NO
- Ajustes posturales: SÍ
- Inseguridad postural: SI
- Inseguridad gravitacional: SÍ
- Reacciones protectivas:SI

HABILIDADES COGNITIVAS
- Atención:SI
- Concentración:SI
- Comprensión de ordenes:SI
- Memoria:SI
- calculo: SÍ
- Orientación en tiempo: SÍ
- Orientación en espacio: SI
- Iniciativa: SÍ
- Imitación creatividad: SÍ

HABILIDADES PROCESAMIENTO
- Tolerancia a la actividad: SÍ
- Tolerancia a la frustración: SI
- Seguimiento de instrucciones: SI
- Creatividad: SI

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Autocuidado: Independiente
- Alimentación: Independiente
- Vestido: Independiente
- Higiene menor: Independiente
- Higiene mayor: Independiente
- Traslados: Dependiente
- Transferencias: Semi-Independiente
- Hábitos y rutinas: Independiente

OBSERVACIONES: Ninguna

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR
- CUELLO
  Rotación derecha: Bueno
  Rotación izquierda: Bueno
  Inclinación derecha: Bueno
  Inclinación izquierda: Bueno
  Flexión: Bueno
  Extensión: Bueno
- ESCAPULA
  Elevación: MSD Bueno MSI Bueno
  Depresión: MSD Bueno MSI Bueno
  Abducción y rotación: MSD Bueno MSI Bueno
  Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
  Depresión y rotación: MSD Bueno MSI Bueno
- HOMBRO
  Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
  Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
  Abducción: MSD Bueno MSI Bueno

Escaneado con CamScanner

Aducción horizontal: MSD Bueno MSI Bueno
Rotación Interna: MSD Bueno MSI Regular
Rotación externa: MSD Bueno MSI Bueno
- CODO
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
- ANTEBRAZO
Supinación: MSD Bueno MSI Bueno
Pronación: MSD Bueno MSI Bueno
- MUÑECA
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
- PULGAR
Flexión: MSD Bueno MSI Regular
Extensión: MSD Bueno MSI Regular
Aducción: MSD Bueno MSI Regular
Abducción: MSD Bueno MSI Regular
Oponencia: MSD Bueno MSI Regular
- DEDOS
Flexión: MSD Bueno MSI Regular
Extensión: MSD Bueno MSI Regular
Aducción: MSD Bueno MSI Regular
Abducción: MSD Bueno MSI Regular
ESCALAS DE DISCAPACIDAD
BARTHEL: 70 INCAPACIDAD FUNCIONAL DEPENDIENTE LEVE
OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: IMPRESION DIAGNOSTICA
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de Ingreso: 12:00 Hora de salida: 13:00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Valoración inicial, observación de patrones integrales de movimiento, habilidades cognitivas y Actividades de la vida diaria
TRABAJO REALIZADO: Se realiza lavado de manos y se utilizan medidas de bioseguridad para prevención COVID19. Se realiza valoración inicial, observación de habilidades cognitivas, patrones integrales de movimiento, funcionalidad en actividades de la vida diaria y de ocio. Familiar no permite contacto físico, ni cercanía manifestando observar a la paciente con malestar general y que no quiere que se sienta incomoda. Se indaga por posible sospecha de COVID19, los familiares niegan estar contagiados o tener sospecha. Se finaliza sesión sin complicaciones.

A los 3 días se contacta al familiar vía telefónica, quien indica aumento de síntomas en la paciente y se sospecha posible contagio por COVID19.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Posible contagio por COVID19, lo cual no permite continuar con la atención terapéutica.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

M.ª Angélica González F.
IPS HUMANA-VITAL S.A.S
Especialista en Terapias
NIT [illegible]

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217643 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Alvarez Hilario DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 41486474

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
1-Julio-21	12:00pm	Se realiza laboracion inicial y se brinda información del servicio// no Dx de interes

Escaneado con CamScanner

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N°41486474 Fecha de ingreso: 1 Julio 2021
Apellidos: Hilarion de Peralta Nombres: Albujaer
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 41486474
Fecha de nacimiento: Día: 07 Mes: 01 Año: 1944 sexo: F: X M: ___ Estado civil: Casada Municipio: Funza Barrio: El palmar
Dirección: Cll 12A #16-28 Teléfono fijo: ___ Móvil: 3134894588
Correo electrónico: ___ ocupacion: Ama de casa
Entidad de salud: Famisanar Vinculación: Subsidiado Empresa: ___
N° de terapias: 11 Diagnostico: HTA, Cirugia de cadera, Secuelas ACV.
Acompañante: Epifanio Peralta Parentesco: Esposo Teléfono: 3134894588

Cronología de la enfermedad:
Fecha y hora del accidente de trabajo: N/A
fecha de reconocimiento de la enfermedad laboral: N/A
fecha del reconocimiento de la enfermedad general: Cirugia - 2010/2011, HTA → 30 años ACV-30 años
fecha y hora del accidente de transito: N/A
clínica de atención primaria: Siete Trojes
Exámenes diagnósticos realizados: TAC, RX.
atención de médicos especialistas: Medico General
tratamientos realizados: Terapeutico y farmacologico
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias: Uso de medicamentos continuo //

Antecedentes:
Patologicos: ___ Traumaticos: Tibia de pie derecho
Toxico-alergicos: Niega // Quirúrgicos: Cirugia de cadera, ligadura
Infecciosos: Niega // Farmacologicos: Losartan, Haloperidol, ASA, acetaminofen, hidroclorotrizida,

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

F= Funcional SF=Semifuncional NF=No Funcional NA=No aplica

Actividades de la Vida Diaria	Descripción
BÁSICAS	
Cuidado Personal	Realiza AVD de manera independiente. Funcional
Movilidad funcional	Deambulación en casa asistida con bastón y en exterior en silla de ruedas semi-funcional

Escaneado con CamScanner

Locomoción	
INSTRUMENTALES **Comunicación** **Comprensión** **Rutina de medicamentos** **Manejo del dinero** **Manejo del transporte** **Manejo del hogar**	Comunicación → funcional Comprensión → funcional Medicamentos → funcional Dinero → funcional Manejo de transporte → semi-funcional Hogar → semi-funcional
TRABAJO	

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL

Componente sensoriomotor	Funcional	semifuncional	disfuncional	No aplica	Observaciones
Integración sensorial					
Conciencia sensoria					
*Tactil		X			
*Auditiva	X				
*Visual		X			
*Olfativo	X				
*vestibular	X				
*Cognitivo	X				
*Procesamiento sensorial	X				
Destrezas perceptuales					
*Esterognosia					
*Respuesta al dolor					
*Kinestesia	X				
*oclusión visual					
*Figura-fondo	X				
*Relaciones espaciales	X				
*Esquema Corporal	X				
Neuromuscular					
*Reflejo	X				

Escaneado con CamScanner

Medio					
Flexión MCF	X				
Extensión MCF	X				
Flexión IFP	X				
Extensión IFD	X				
Anular					
Flexión MCF	X				
Extensión MCF	X				
Flexión IFP	X				
Extensión IFD	X				
Meñique					
Flexión MCF					
Extensión MCF					
Flexión IFP					
Extensión IFD					

3. **Medidas Especiales**

Criterios	MSD	MSI
Distancia uña palma		
Distancia uña mesa		
Dolor		
Presentación (Continuo o intermitente)	C	C
Localización (Difuso, Localizado o irradiado)	L	L
Intensidad (Palpación, reposo o movimiento)	R	R

Observaciones:

4. **Funcionalidad**

Patrones Funcionales	MSD			MSI			Observaciones
	F	SF	NF	F	SF	NF	
Mano-cabeza	X			X			
Mano-nuca	X			X			
Mano-cuello	X			X			
Mano-boca	X			X			
Mano-hombro contralateral	X			X			
Mano-hombro lateral	X			X			
Mano-espalda		X			X		
Mano-cintura							
Mano-periné	X			X			
Mano-rodilla	X			X			
Mano-pie	X			X			
Patrones Integrales							
Agarre cilíndrico	X			X			
Agarre Esférico	X			X			
Agarre digito digital	X			X			
Agarre interdigital	X			X			
Agarre a mano llena	X			X			
Enganche	X			X			

Escaneado con CamScanner

Pinza fina	X			X			
Pina trípode	X			X			
Pinza lateral	X			X			
Alcanzar arriba	X			X			
Alcanza abajo		X			X		
Alcanzar detrás		X			X		
Alcanzar adelante	X			X			
Lanzar rudimentario		X			X		
Lanzar Propulsión		X			X		
Soltar rudimentario		X			X		
Soltar con precisión		X			X		

Observaciones:

5. Sensibilidad

Criterio	MSD	MSI
Sensibilidad profunda	5	10
Sensibilidad superficial	5	10
Test de Weber		
4 a 6 normal 6 a 8 ml Hipoestesia leve 8 a 12 hipoestesia 12 1.5 cm hipoestesia severa Más 1.5 cm Pérdida sensibilidad		

6. Pruebas especiales

7. Concepto Ocupacional

8. Historia Ocupacional

Nombre del terapeuta:_____

Firma:_____

N° de registro_____

Escaneado con CamScanner

I.P.S HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Nombre del paciente: Alvarez Hilarion **Cedula:** 41486474

PARA REALIZAR UNA TERAPIA APROPIADA SU TERAPEUTA NECESITA SABER SI USTED A PADECIDO O PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES: (marque con una X)

	NO	SI		NO	SI
SIDA O VIH	X		COLERA	X	
HERPES	X		H1N1	X	
DIFTERIA	X		HEPATITIS	X	
NEUMONIA	X		VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	X	
TUBERCULOSIS	X		CANCER	X	

"ESTA INFORMACIÓN SE REGISTRARA EN SU HISTORIA CLINICA, UNICAMENTE LA CONOCERA EL PERSONAL QUE LO ATIENDE DURANTE SU TERAPIA, ESTA PROTEGIDA POR EL SECRETO PROFESIONAL."

CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

FECHA: 1 Julio/21 HORA 12:00 pm Nº DE TERAPIAS 11

YO Epifanio Peralta CON CEDULA Nº 5936055

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco mis derechos y deberes que tengo ante la IPS HUMANA VITAL.S.A.S, con NIT 900217648-1 desde el primer día en que acudí a la institución y antes que iniciara el tratamiento.

cc: 5936055
Firma del paciente

cc/ 52 218 958
firma de la representante legal

Escaneado con CamScanner

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de fisioterapia, esto significa que entiende en que consiste el tratamiento y nos autoriza a realizarlo.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no derivara ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención. Antes de firmar, es importante que lea despacio la siguiente información.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (a usted se le realizara lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- ☐ Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutanea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- ☒ Movilidad articular.
- ☒ Ejercicios activos
- ☒ Fortalecimiento
- ☐ Estiramientos
- ☐ Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- ☒ Disminución del dolor
- ☒ Aumento de arcos de movimiento
- ☐ Incremento en la fuerza
- ☐ Mejorar la estabilidad articular

Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 20% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar e incremento del dolor después del primer día de fisioterapia
- ✓ Dolor e inflamación con cada nuevo ejercicio.

Humana-vital s.a.s y sus profesionales no se hacen responsables de su tratamiento si:

- ✓ Usted no cumple con el número de terapias asignadas por el especialista teniendo en cuenta la continuidad, el tiempo y la actitud.
- ✓ Usted no sigue los consejos de la terapeuta y no realiza los planes caseros dados por el profesional.
- ✓ Acude a alguna persona que no tenga formación profesional en salud, eje; sobanderos, chamanes, rezanderos, etc..

Fecha: 1 Julio 21 Hora 12:00pm N° de terapias: 11 Diagnostico: Secuelas ACV

Yo Ignacio Peralta con documento de identidad: 5936055 como (parentesco con el paciente) Conyuge en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Mercedes Hilarion con documento de identidad (del paciente) 41486474 Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

IPS HUMANA - VITAL S.A
Especialistas en terapias
Nit. 900.217 648 - 1

Firma del paciente

Cc 5936055

Firma de la terapeuta

Cc. 1032378923 Registro _____

Escaneado con CamScanner

Autorización para el tratamiento de datos personales

Trabajadores de la IPS

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la IPS HUMANA VITAL S.A.S que:

1. HUMANA VITAL S.A.S actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la política de tratamiento de datos personales de HUMANA VITAL S.A.S que se encuentran en la página web www.humanavital.com
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles.
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos en HUMANA VITAL S.A.S y observando la política de tratamiento de datos personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico servicioalcliente@humanavital.com
6. HUMANA VITAL S.A.S garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento.

Cualquier cambio será notificado a través del medio de comunicación que HUMANA VITAL S.A.S considere más adecuado para tal efecto, (por ejemplo correo electrónico, comunicación directa y/o anuncio en nuestra página web)

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a HUMANA VITAL S.A.S para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la IPS y para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales de las compañías. La información obtenida para tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 1 Julio 2021

Firma: _____

Nombre: Ignacio Peralta

Número de identificación: 5936055

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

Yo Eduardo Penalta identificado con cc 5936055 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollan.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Alberto Hurtado ***IDENTIFICACION*** 41486474

FIRMA _____

FECHA: 1 Julio-21 ***HORA:*** 12:00pm ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Escaneado con CamScanner

Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2019

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Mª Angélica Gouriet

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Alvaro Hilario *IDENTIFICACION* 41486194

FECHA: 1/10/21 *HORA:* 12:00 pm *ALCALDIA* X *PARTICULAR*_____ *ARL*_____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
POLITICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	
PLAN CASERO	
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	

Escaneado con CamScanner

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 1 Julio 2021 HORA: 12:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Alvaro Alarcon Cédula: 4148647

DIAGNOSTICO: Secuelas de ACV, HTA y Cirugia de Cadera

DIRECCIÓN: Calle 12 A # 16-28

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
1. Acueducto y alcantarillado	X	
2. Luz	X	
ESPACIO		
3. Ventilación óptima	X	
4. Normas de higiene básica	X	
5. Es suficientemente amplio para el paciente, la terapeuta y un acompañante	X	
6. Cuenta con tomas eléctricas en buen estado	X	
7. Normas de seguridad básicas para el paciente (Pisos, baños, escaleras)	X	
8. Muebles del entorno del paciente en buen estado	X	
9. Cama en buen estado	X	
ACCESO		
10. Existe medios de transporte que lleguen o aproximen al domicilio.	X	
11. Las vías cerca al domicilio son transitables.	X	
12. El entorno donde se encuentra ubicado el domicilio es seguro (Índice de delincuencia mínima)	X	

OBSERVACIONES: _____

¿Se puede realizar la terapia en el domicilio evaluado? SI X NO _____

Si su respuesta es NO describa por qué: _____

Datos del evaluador:

NOMBRE: Ma Angelica Gomez Cedula: 1032358273

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Eduardo Peralta Cedula: 5936055

Parentesco del paciente: Conyuge Firma: _____

Escaneado con CamScanner

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0 SI Puntaje 25	0
Diagnostico secundario	NO Puntaje 0 SI Puntaje 15	0
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0 Puntaje 15 Puntaje 30	15
Vía Venosa	NO Puntaje 0 SI Puntaje 20	0
Marcha: • Normal/en reposo/en cama • Débil • Alterada requiere asistencia	Puntaje 0 Puntaje 10 Puntaje 20	20
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	0
	TOTAL	35

Escaneado con CamScanner