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

126

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Mercedes Flores

DIRECCIÓN: Calle 14 #18-16 P2 **TELÉFONO:** 3114438129

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
09/07/21	3:00pm	Mercedes Flores
10/07/21	10:00am	Mercedes Flores
12/07/21	4:00pm	Mercedes Flores

Escaneado con CamScanner

FLOREZ RODRIGUEZ MERCEDES CC 20.549.229



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, jueves, 15 de julio de 2021 00:02:01

HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 20.549.229

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	FLOREZ RODRIGUEZ MERCEDES
Identificación	CC 20.549.229 Edad: 82 años, 6 meses y 27 días
Nacimiento	BOGOTA (CUNDINAMARCA) domingo, 18 de diciembre de 1938
Residencia	FUNZA Dirección: CLL 14 N 18 16 Teléfono: 3114438129
Ocupación	PENSIONADA
Responsable	ANDREA FRANCO Parentesco: NIETA Teléfono: 3114438129
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS037 - NUEVA EPS Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: viernes, 9 de julio de 2021 3:00:01 p. m. - EDAD: 82 años, 6 meses y 26 días

ANTECEDENTES

- PERSONALES: No refiere
- PATOLOGICOS: Diabetes
Hipertensión arterial
Artritis
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: Acetaminofén
Tramadol
Metformina
Losartan
Tiamina
ASA
- QUIRURGICOS: Cirugía de remplazo de rodilla
Histerectomía
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Ninguna

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente de programa de adulto mayor de la Alcaldía de Funza

POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con diagnóstico de Diabetes, Hipertensión y artritis con evolución de 20 años aproximadamente.

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

HABILIDADES MOTORAS BASICAS

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

HABILIDADES GRAFOMOTORAS

- Dominancia manual: MSD Presente
- Corta con tijeras: MSD Presente
- Hace enhebrado: MSD Presente MSI Presente
- Hace encajado: MSD Presente MSI Presente
- Fuerza en escritura: MSD Presente
- Fuerza en coloreado: 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

Escaneado con CamScanner

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

HABILIDADES SENSORIALES
- Seguimiento visual: SÍ
- Percepción visual: SÍ
- Seguimiento auditivo: SÍ
- Responde al nombre: SÍ
- Ajustes posturales: SÍ

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

HABILIDADES SOCIALES
- Interactúa con familia: SI
- Interactúa con otros: SÍ

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Independiente
- Vestido: Independiente
- Higiene menor: Independiente
- Higiene mayor: Independiente
- Traslados: Independiente
- Transferencias: 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
Aducción horizontal: MSD Bueno MSI Bueno
Rotación Interna: MSD Bueno MSI Bueno

Escaneado con CamScanner

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 Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
Oponencia: MSD Bueno MSI Bueno
- DEDOS
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado2: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15:00 Hora de salida: 16:00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza valoración inicial, con recopilación de antecedentes, observación de habilidades cognitivas, motoras y amplitud articular. Paciente funcional en sus AVD, traslado y locomoción; deterioro en presión y habilidades motoras finas por edad.
TRABAJO REALIZADO: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza valoración inicial, con recopilación de antecedentes, observación de habilidades cognitivas, motoras y amplitud articular. Paciente funcional en sus AVD, traslado y locomoción; deterioro en presión y habilidades motoras finas por edad.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se entrega plan casero
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

FECHA CONSULTA: sábado, 10 de julio de 2021 10:00:01 a. m. - EDAD: 82 años, 6 meses y 26 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 11:00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de motricidad fina en tablero de pines medianos, la paciente creaba la figura de acuerdo con la instrucción brindad, debiendo imaginar y planificar la imagen para su ejecución.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado
PATRONES INTEGRALES: Agarres
HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Orientación en espacio
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Creatividad
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina sin complicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado2: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: lunes, 12 de julio de 2021 4:00:14 p. m. - EDAD: 82 años, 6 meses y 26 días
EVOLUCION TERAPEUTICA

Escaneado con CamScanner

Hora de Ingreso: 16:00 Hora de salida: 17:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de memoria visual con 30 fichas y asociación de imágenes por funcionalidad, evidenciando una leve dificultad para ejecutar la actividad.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Memoria, Orientación en espacio
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se suspende servicio terapéutico, ya que familiar notifica que el nieto de la paciente que reside en el mismo domicilio se encuentra positivo para COVID19.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado2: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

IPS HUMANA-VITAL S.A.S
Especialistas en Terapias
Nit. 900.217.648-1

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Mercedes Florez DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 20549229

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
09/07/21	3:00pm	Se realiza valoracion inicial y se brinda informacion del servicio. Mª Angelica Gaviria
10/07/21	10:00am	Se realiza protocolo de desinfeccion y medidas de bioseguridad para COVID19. Se realiza actividad de estimulo en tablero de pared organizacion y motricidad fina. Se evaluza sus complicaciones Mª Angelica Gaviria
12/07/21	4:00pm	Se realiza protocolo de desinfeccion y medidas de bioseguridad para COVID19. Se realiza actividad con fichas de memoria y asociacion. Se evaluza sesion sus complicaciones Mª Angelica Gaviria

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 20549229 Fecha de ingreso: 09/07/21
Apellidos: Flórez Rodriguez Nombres: Mercedes
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 20549229
Fecha de nacimiento: Día: 18 Mes: 12 Año: 1938 sexo: F: X M: ____ Estado civil: Separada Municipio: Funza Barrio: El Lago
Dirección: Cll 14 #18-16 Teléfono fijo: 8224728 Móvil: 3114438129
Correo electrónico: ocupacion: Hogar
Entidad de salud: Nueva E.P.S Vinculación: Contributivo Empresa: Pensionada
N° de terapias: 10 Diagnostico: Dabetes, HTA, Artritis
Acompañante: Audrea Franco Parentesco: Nieta Teléfono: 3114438129

Cronología de la enfermedad:
Fecha y hora del accidente de trabajo: ____
fecha de reconocimiento de la enfermedad laboral: ____
fecha del reconocimiento de la enfermedad general: Hace 20 años
fecha y hora del accidente de transito: ____
clínica de atención primaria: ____
Exámenes diagnósticos realizados: ____
atención de médicos especialistas: Reumatologia
tratamientos realizados: ____
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias: ____

Antecedentes:
Patologicos: Dabetes, HTA, Artritis Traumaticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Cirugia de reemplazo de rodilla, hysterectomia
Infecciosos: Niega Farmacologios: Acetaminofen, tramadol, meloxicam y losartan, Trauma, ASA

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

Actividades de la Vida Diaria BÁSICAS	Descripción
Cuidado Personal	Funcional
Movilidad funcional	Funcional

Escaneado con CamScanner

Locomoción	Funcional
INSTRUMENTALES **Comunicación** **Comprensión** **Rutina de medicamentos** **Manejo del dinero** **Manejo del transporte** **Manejo del hogar**	Funcional
TRABAJO	labores del hogar

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL

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

Escaneado con CamScanner

Medio					
Flexión MCF	✓				
Extensión MCF	✓				
Flexión IFP	✓				
Extensión IFD	✓				
Anular					
Flexión MCF	✓				
Extensión MCF	✓				
Flexión IFP	✓				
Extensión IFD	✓				
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)		
Localización (Difuso, Localizado o irradiado)		
Intensidad (Palpación, reposo o movimiento)		

Observaciones:

4. **Funcionalidad**

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

Escaneado con CamScanner

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

Observaciones:

5. Sensibilidad

Criterio	MSD	MSI
Sensibilidad profunda		
Sensibilidad superficial		
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

Paciente femenino en AVD trasladoso locomoción con deficiencia en habilidades motoras finas y cognitivas por edad"

8. Historia Ocupacional

Paciente que realiza labores de hogar de manera moderada por causas físicas"

Nombre del terapeuta: Ma Angelica Gonzalez

Firma: Ma Angélica Gonzalez

N° de registro 1032358257

Escaneado con CamScanner

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

Nombre del paciente: Mercedes Flórez **Cedula:** 20549229

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: 09/07/21 HORA _____ Nº DE TERAPIAS 10

YO Mercedes Flórez CON CEDULA Nº 20549229

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.

Mercedes Flórez
CC: 20549229
Firma del paciente

Gardi Garzón Ruiz
CC/ 52 218 958
firma de la representante legal

Escaneado con CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA OCUPACIONAL

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de Terapia ocupacional, 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 deriva 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 Terapia ocupacional consiste en: (a usted se le realizará lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- [X] Movimiento de las diferentes articulaciones
- [ ] Actividades terapéuticas para aumentar fuerza muscular
- [ ] Desarrollo de patrones funcionales (mano-parte del cuerpo)
- [X] Entrenamiento de patrones integrales (mano-acción motora)
- [ ] Manejo de coordinación
- [ ] Control motor y conciencia corporal
- [ ] Manejo de sensibilidad
- [ ] Estimulacion sensorial
- [X] Manejo de ritmos de trabajo
- [X] Estimulacion cognitiva
- [ ] Otros

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

Durante el tratamiento usted puede:

- Irritación, mareos o alergias
- Fatiga ante la demanda de la actividad
- Presentar dolor en las articulaciones

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 alguna persona que no tenga formación en salud, ej: sobanderos, chamanes, rezanderos, etc.

Fecha: 09/07/21 Hora: _____ Nº de Terapias: 10 Diagnóstico: Diabetes, HTA, Artritis

Yo Mercedes Flórez con documento de identidad: 20549229

En calidad de paciente después de leído este documento autorizo al fisioterapeuta de HUMANA VITAL S.A.S a realizar el tratamiento propuesto.

Mercedes Flórez

Firma paciente

cc. 20549229

Firma profesional

cc. 1032358273 RP _____

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: 09107121

Firma: Mercedes Flórez

Nombre: Mercedes Flórez

Número de identificación: 20549229

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

140

Yo Mercedes Flórez identificado con cc 20549229 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: Mercedes Flórez ***IDENTIFICACION*** 20549229

FIRMA Mercedes Flórez

FECHA: 09/07/21 ***HORA:*** _____ ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Ma Angelica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Mercedes Flórez IDENTIFICACIÓN 20549229

FECHA: 09/07/21 HORA: _____ ALCALDÍA X PARTICULAR _____ ARL _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Mercedes Flórez
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Mercedes Flórez
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Mercedes Flórez
PLAN CASERO	Mercedes Flórez
AUTORIZACIÓN DE REGISTRO FOTOGRÁFICO	Mercedes Flórez

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 04/07/21 HORA: 3:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Mercedes Flórez Cédula: 20549229

DIAGNOSTICO: Diabetes, HTA, Artritis

DIRECCIÓN: Call 14 # 18-16

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: Ana Angelica Gonzalez Cedula: 1082378275

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Mercedes Flórez Cedula: 20549229

Parentesco del paciente: Nombre propio Firma: Mercedes Flórez

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	15
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	10
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	0
	TOTAL	40

Escaneado con CamScanner