Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSIÓN: 01	CÓDIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACIÓN: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2019

705

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Martha Yolanda Lamprea Pedraza

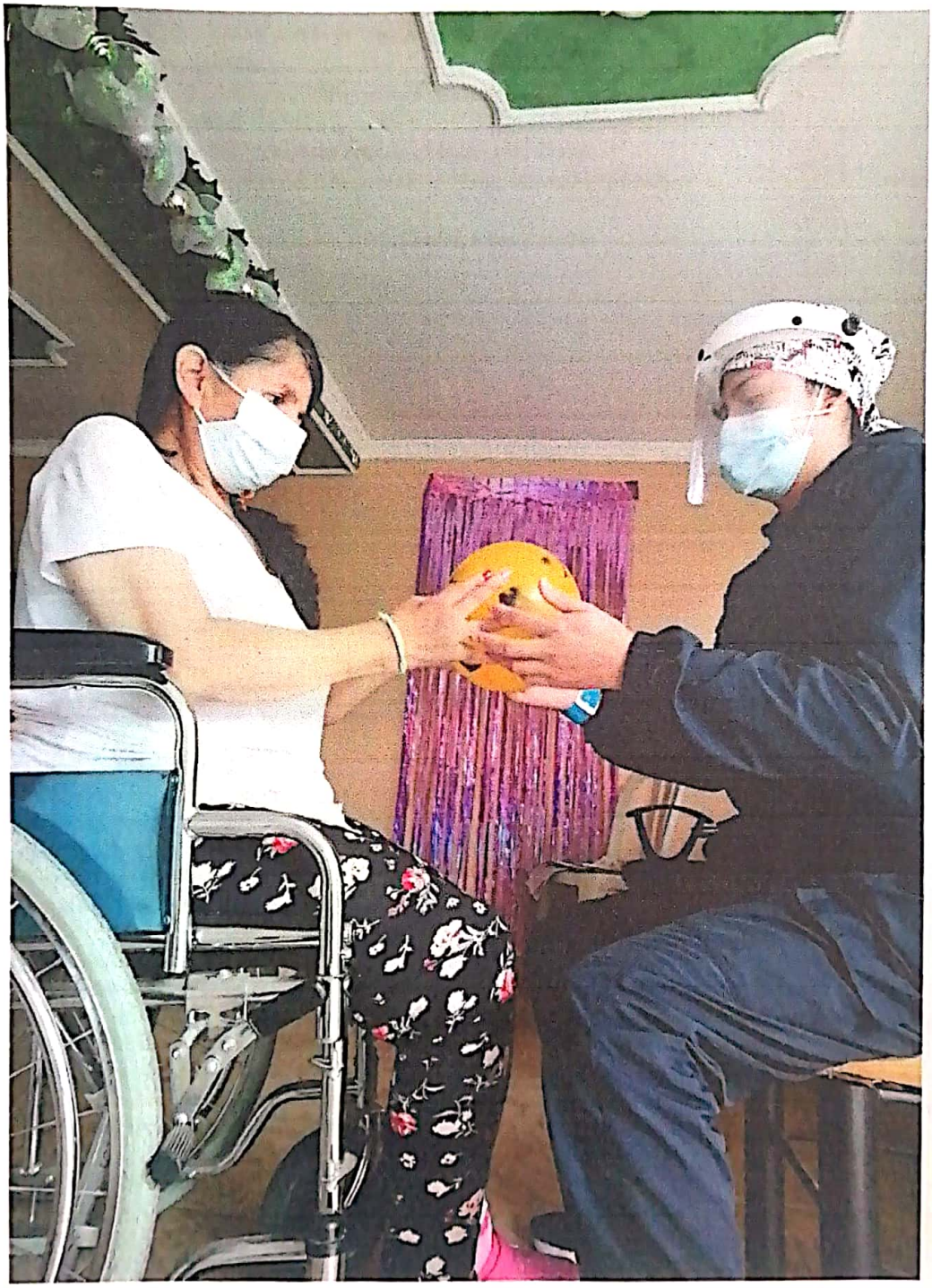
DIRECCIÓN: Cll 8 #10B-29 Mtc Casa 4 **TELÉFONO:** 3003049570

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
2/07/2021	2:00 pm	· Alfonso Lamprea
5/07/2021	11:00 Am	· Michael Lamprea
6/07/2021	11:00 Am	· Michael Lamprea.
7/07/2021	11:00 Am	· Alfonso Lamprea
8/07/2021	11:00 Am	· Alfonso Lamprea
9/07/2021	11:00 Am	Alfonso Lamprea
10/07/2021	11:00 Am	· Alfonso Lamprea

MARTHA YOLANDA LAMPREA PEDRAZA

C.C: 52661858

706



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, miércoles, 14 de julio de 2021 20:25:13

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 5.266.581

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARTA YOLANDA LAMPREA
Identificación	CC 52.661.858 Edad: 53 años, 3 meses y 6 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) lunes, 08 de abril de 1968
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 8 # 10B - 24 Teléfono: 3203049510
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	ALVARO LAMPREA Parentesco: PAPA Teléfono: 3203049510
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS008 - COMPESAR EPS Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: viernes, 2 de julio de 2021 7:49:01 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 6 días

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No refiere

HOSPITALARIOS: No refiere

QUIRURGICOS: No refiere

TRAUMATICOS: No refiere

TOXICO ALERGICOS: No refiere

FARMACOLOGICOS: No refiere

PATOLOGICOS: Artrosis

Vena varice

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitida por alcaldía

DIAGNOSTICO MEDICO:

Paciente con diagnostico medico de sordomudez y artritis reumatoidea

OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en silla de ruedas y en compañía de familiares, presenta herida en región de tibial anterior de MMII derecho a lo que refiere mediante gestos no haber recibido curaciones en más de un mes

DOLOR: Manifiesta SI

Localización: Hemicuerpo derecho Intensidad: No valorable Frecuencia: constante

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)

HOMBRO -> FLEXION: derecho: 80º EXTENSION: derecho: 20º ABDUCCION: derecho: 50º ADUCCION: derecho: 0º ROTACION INTERNA: derecho: 20º ROTACION EXTERNA: derecho: 20º

CODO -> FLEXION: derecho: 90º EXTENSION: derecho: 0º

CADERA -> FLEXION: derecho: 50º EXTENSION: derecho: 0º Abd: derecho: 20º Add: derecho: 0º

RODILLA -> FLEXION: derecho: 60º EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -15º

EXAMEN MUSCULAR

Articulación: Hombro Movimiento: Flexión Musculo: Deltoides anterior Calificación derecha: 1+ Calificación Izquierda: 2+

Articulación: Hombro Movimiento: Extensión Musculo: Dorsal ancho Calificación derecha: 1+ Calificación Izquierda: 2+

Articulación: Hombro Movimiento: Abducción Musculo: Deltoides medio, Deltoides posterior Calificación derecha: 1+ Calificación Izquierda: 2+

Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas Iliaco Calificación derecha: 1+ Calificación Izquierda: 2+

Articulación: Cadera Movimiento: Abducción Musculo: Sartorio, Glúteo medio Calificación derecha: 1+ Calificación Izquierda: 2+

Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps crural, Semitendinoso, Semimembranoso Calificación derecha: 1+ Calificación Izquierda: 2+

Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 1+ Calificación Izquierda: 2

RETRACCIONES

Hombro: Deltoides anterior Severo

Codo: Bíceps braquial Moderado

Cadera: Psoas Iliaco Severo

Rodilla: Bíceps crural Moderado

CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA

VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas Iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

VISTA LATERAL: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Lordosis cervical: NORMAL Cifosis dorsal: NORMAL Lordosis lumbar: NORMAL Pelvis: NORMAL Abdomen: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

Escaneado con CamScanner

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas
COORDINACION: Fina (viso manual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: No Realiza Discriminación de cinturas: No Realiza Balanceo de brazos: Realiza Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de sordomudez y artritis reumatoide presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías
de rangos de movilidad articular, desempeño muscular y dominio tegumentario en propiedades tróficas y mecánicas de la piel e integridad sensitiva, lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: H913-SORDOMUDEZ, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: M068-OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Extensores, Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Extensores, Flexores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Valoración inicial, primera sesión y firma de consentimiento
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: lunes, 5 de julio de 2021 8:00:08 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores, Inclinadores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios isotónicos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H913-SORDOMUDEZ, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: M068-OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 6 de julio de 2021 8:03:46 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Escaneado con CamScanner

Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H913-SORDOMUDEZ, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: M068-OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 7 de julio de 2021 8:05:01 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Inclinadores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Extensores, Extensores, Flexores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Ejercicios CODMAN MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H913-SORDOMUDEZ, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: M068-OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 8 de julio de 2021 8:08:50 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Abductores, Extensores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H913-SORDOMUDEZ, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: M068-OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 9 de julio de 2021 8:11:50 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas

Escaneado con CamScanner

TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H913-SORDOMUDEZ, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: M068-OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 10 de julio de 2021 8:14:37 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente refiere mediante gestos dolor en MMSS derecho y MMII derecho
- Dolor que se exacerba al movimiento
- Rangos de movilidad se mantienen según calificación inicial para hemicuerpo derecho HOMBRO -> FLEXION: derecho: 80º EXTENSION: derecho: 20º ABDUCCION: derecho: 50º ADUCCION: derecho: 0º ROTACION INTERNA: derecho: 20º ROTACION EXTERNA: derecho: 20º
CODO -> FLEXION: derecho: 90º EXTENSION: derecho: 0º
CADERA -> FLEXION: derecho: 50º EXTENSION: derecho: 0º Abd: derecho: 20º Add: derecho: 0º
RODILLA -> FLEXION: derecho: 60º EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -15º
- Se mantienen retracciones musculares moderadas en gastro sóleos, isquiotibiales y cuádriceps
- Desempeño muscular de 2-/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores e inferiores
- Paciente y cuidador refieren herida por lesión vena varice en miembro inferior derecho, la cual no ha tenido curación en más de 1 mes
- Mejoro levemente propiocepción visopedica
- Trofismo muscular sin alteración

Se recomienda control con médico tratante y continuar realizando los ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H913-SORDOMUDEZ, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: M068-OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

IPS HUMANA -VITAL S.A.S
Especialistas en terapias
Nit. 900.217.648 - 1
Sindy D. Fernández
Rm: 029562

Escaneado con CamScanner

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Marta Yolanda Lampea **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 52661858

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
2/07/21	2:00pm	Se realiza valoración inicial encontrando a paciente en adecuadas condiciones en compañía de su familiar, paciente quien se encuentra en silla de ruedas de tipo estándar, es 100% dependiente para ejercer actividades de la vida diaria paciente quien es sexo: mujer de nacimiento quien refiere sus principales molestias, mediante gestos refiere dolor en hemicuerpo derecho a lo que se evidencia limitación de la movilidad, desempeño motor de 2-15 según daniels, paciente quien presenta desacondicionamiento muscular, se brinda sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández Rm:029562
5/07/21	11:00 Am	Se realiza movilidad activo asistida de mmss y mmii, se realizan diagonales de kabat para mmss de forma bilateral, fortalecimiento isométrico con balón y banda elástica color amarillo, se realiza trabajo de pinzas y agarres de forma bilateral se finaliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm:029500
6/07/21	11:00 Am	Se realizan estiramientos musculares movilidad activo de mmss y mmii de forma bilateral, diagonales de kabat descargas de peso, fortalecimiento isométrico con balón y banda elástica amarilla, se finaliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm:029562
7/07/21	11:00am	Se realiza movilidad activa de mmss y mmii de forma bilateral paciente refiere molestia en mmii derecho, diagonales de kabat en mmss, fortalecimiento muscular con balón y banda elástica color verde, masaje en miembros superiores se finaliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm:029562
8/07/21	11:00Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular activa en hombro e inferior, diagonales de kabat trabajo de agarres y pinzas, fortalecimiento muscular con balón y banda elástica color verde, se finaliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández Rm:029562
9/07/21	11:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular activa diagonales de kabbat, fortalecimiento isométrico con balón y thera band, se realiza trabajo de propiocepción usmanual y pasos básicos de lanzar y atajar, se finaliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm:029562
10/07/21	11:00 Am	Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física a la valoración final se evidencia, paciente quien mediante gestos refiere dolor en mmss y mmii derecho el cual se exacerba al movimiento, se evidencian rangos de movilidad limitados, desempeño motor de 2/5 según escala de daniels en hemicuerpo afectado, negativo fortalecimiento propiocepción usmanual, se finaliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm:029562

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 52661858 Fecha de ingreso: 2/07/2021
Apellidos Lampea Nombres Martha Yolanda
Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 52661858 Sexo: F X M
Fecha de nacimiento: Día: 8 Mes: 04 Año: 1968 Estado civil: Soltera
Municipio: Funza Barrio: San miguel Dirección: Calle 8 #10B-24 Mzc casa 14
teléfono fijo: N.R Móvil: 3203049510 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: NO REFIERE
EPS: compensar Contributivo: ___ Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Artrosis degenerativa / H473-M068 CIE10 M199 Nº terapias 7
Acompañante: Alvaro Tampea Parentesco: Papá Teléfono 3203049510

Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldía de Funza

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: Sordomudez de nacimiento

Clínica de atención primaria: Samaritana, compensar

Exámenes diagnósticos realizados: Radiografías

Atención de médicos especialistas: medicos generales

Tratamientos realizados: NO refiere

Recomendaciones: —

Resumen:

ANTECEDENTES:

Patológicos: Artrosis, Vena varice Traumáticos: NO
Toxico - alérgicos: NO Quirúrgicos: NO
Infecciosos: NO Farmacológicos: NO

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:

Paciente refiere mediante gestos dolor en manos y mmii derecho Escala Análoga Verbal N.R
Sensibilidad Superficial: N.R
Sensibilidad profunda: N.R
Espasmo: + Edema: — Inflamación: —

Escaneado con CamScanner

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

Retracciones Musculares: Moderadas - severas isquiotibiales, aductores, deltoides

Atrofias musculares: Generalizado

Tono: —

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo _ Pie sobre el plano _ Postura intermedia _ Impulso _
Fase de balanceo: Aceleración _ Oscilación _ Desaceleración _

Aditamentos para la marcha: Silla de ruedas

Esferas mentales superiores: N.A

Nivel de conciencia: N.A

Memoria: NO

Lenguaje: NO

PRAXIAS	
• Constructiva	✓
• Marcha	NO
• Vestirse	NO
• Buco – linguo – facial	✓
• Escritura	NO

Movimientos involuntarios patológicos:

GNOSIAS		
Simples	• Gustativas	✓
	• Visuales	✓
	• Olfativas	✓
	• Auditivas	✓
Complejas	• Visoespaciales	NO
	• Esquema corporal	NO

No presenta

Movilidad articular:

Se evidencia limitación en mmss derecho Fx 80°, extensión 20°, abducción 50°, Fx codo 90°, Fx de muñeca 50°, extensión -20°

Coordinación: alterada

Equilibrio: alterado

Postura o actitud postural: paciente en sedente, silla de ruedas

Otros sistemas: Hace uso de pañal esporádico

Observaciones:

/ /

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio osteomuscular en categorías de rangos de movilidad, desempeño muscular, manejo, locomoción y barreras que lo limita a ejecutar actividades de la vida diaria.

Firma terapeuta: Sindy Fernández **Registro:** 92956

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) 30% 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: 21/07/21 Hora 2:00 N° de terapias: 7 Diagnostico: ARTROSIS

Yo Alberto Jon Prea con documento de identidad: 1706690 como (parentesco con el paciente) PROPIA en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) _____ con documento de identidad (del paciente) _____ Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

Alberto Jonprea

Firma del paciente

Cc 1706690

Sindy Fernanda

Firma de la terapeuta

Cc. 1073516337 Registro 029562

IPS HUMANA - VITAL
Especialistas en tera
Nit. 900.217 648 -

Escaneado con CamScanner

Autorización para el tratamiento de datos personales

715

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: 2/07/2021

Firma: Alfonso Fonseca

Nombre:

Número de identificación: 17766690

Escaneado con CamScanner

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

Nombre del paciente: Marta Yolanda Lamprea **Cedula:** 52661858

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: 2/07/2021 HORA 2:00pm Nº DE TERAPIAS 7

YO Alberto Sonora CON CEDULA Nº 1.47.066.98

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.

Alberto Sonora
CC: 1.47.066.98
Firma del paciente

Gabriela Ruiz
CC/ 52 218 958
firma de la representante legal

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

717

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Maria Yolanda Lompera IDENTIFICACION 52667858

FECHA: 2/07/21 HORA: 2:00 pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR_____ ARL_____

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

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

718

AUTORIZACIÓN

Yo Michael Xavier Lamprea Arteaga identificado con cc 1073516982 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: Martha Lamprea **IDENTIFICACION** 52667858

FIRMA Michael Lamprea.

FECHA: 2/07/21 **HORA:** 2:00 pm **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Escaneado con CamScanner

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

719

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 2/07/2027 HORA: 2:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Martha Yolanda Lamprea Cédula: 52667858

DIAGNOSTICO: Artrosis degenerativa - Sordomudez

DIRECCIÓN: _____

El domicilio cuenta:

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

OBSERVACIONES: _____

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

Si su respuesta es NO describa por qué: _____

Datos del evaluador:

NOMBRE: Sindy Dayanna Fernández Cedula: 1073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Alvaro Somoza Cedula: 1470666900

Parentesco del paciente: Hijo Firma: _____

Escaneado con CamScanner

720

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