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

783

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Sergio Arias Anzola

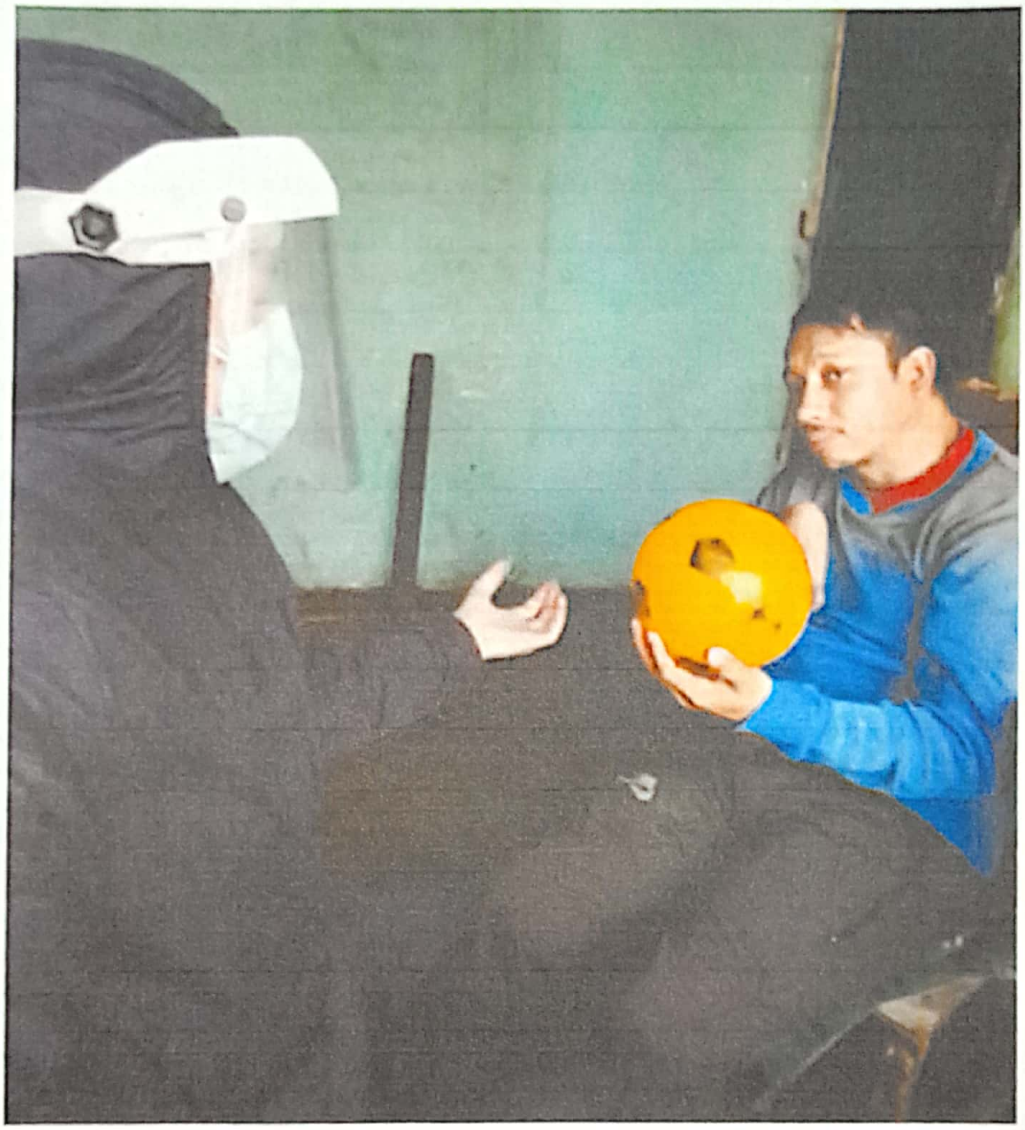
DIRECCIÓN: Finca Mandalay - Siete trojes **TELÉFONO:** 3168837077 3274123371

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
2/07/2021	12:00 pm	Ana Anzola
5/07/2021	10:00 Am	Ana Anzola
6/07/2021	10:00 Am	Ana Anzola
7/07/2021	10:00 Am	Ana Anzola
8/07/2021	10:00 Am	Ana Anzola
9/07/2021	10:00 Am	Ana Anzola
10/07/2021	10:00 Am	Ana Anzola

Escaneado con CamScanner

SERGIO ARIAS ANZOLA

C.C: 1073502026



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, domingo, 11 de julio de 2021 22:02:44 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 3.024.245**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	AIDEN PENAGOS SUAREZ
Identificación	CC 3.024.245 Edad: 68 años, 4 meses y 17 días
Nacimiento	FUNZA (SIN INFORMACION) martes, 24 de febrero de 1953
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 23 # 6-50 Teléfono: NO REFIERE
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	NO REFIERE Parentesco: NO REFIERE Teléfono: NO REFIERE
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: AL001 - ALCALDIA DE FUNZA 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 7:55:33 p. m. - EDAD: 68 años, 4 meses y 13 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: No refiere
PATOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, familiar refiere " Desde pequeño mi hermano ha tenido su brazo derecho con menos movilidad "
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de retraso mental leve, a partir del nacimiento
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales en compañía de familiares, pero la mayoría del tiempo refiere permanecer solo y realizar sus actividades de forma independiente, se evidencia monoparesia en miembro superior derecho
ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: CONSERVADA Tiempo: ALTERADA Espacio: CONSERVADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideo motora: CONSERVADA Construccional: CONSERVADA Orolingofacial: CONSERVADA
Comunicación: LEVEMENTE CONSERVADA Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: CONSERVADA Propiocepción: CONSERVADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: CONSERVADA Esterognosia: CONSERVADA Topognosia: CONSERVADA Grafestesia: CONSERVADA Discriminación 2 puntos: CONSERVADA
SISTEMA MOTOR
Tono: presenta variación en miembro superior derecho Observación: patrón flexor en miembro superior derecho Palpación: presenta variación Movimiento: presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: BUENO Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
IZQUIERDO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)
Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE Sedente a cuadrúpedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Cuadrúpedo a rodillas: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Rodillas a bípedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: SI Ayuda externa: NO Marcha: SI
COORDINACION: Fina (viso manual): REGULAR Gruesa (visopedica): BUENA
EQUILIBRIO DINAMICO: BUENO
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: BUENO Rodillas: BUENO Bípedo: BUENO
TROFISMO: No evaluado

Escaneado con CamScanner

MARCHA
Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: Realiza Balanceo de brazos: Realiza
SISTEMAS COMPLEMENTARIOS: PIEL
PROPIEDADES TROFICAS
Coloración: CONSERVADA Sudoración: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
PROPIEDADES MECANICAS
Elasticidad: CONSERVADA Extensibilidad: CONSERVADA Movilidad: CONSERVADA
Cicatriz: No Escaras: No Sistema urinario: Normal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de retraso mental leve, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías de rangos de movilidad articular, desempeño muscular, flexibilidad, lo cual lo limita levemente para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: F709-RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Isometría, Reeducación de marcha, Higiene postural MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Valoración inicial, primera sesión y firma de consentimiento informado
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 8:09:45 p. m. - EDAD: 68 años, 4 meses y 13 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
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, Rotadores internos, Rotadores externos 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
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F709-RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO 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 8:11:31 p. m. - EDAD: 68 años, 4 meses y 13 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores Internos, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Supinación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Escaneado con CamScanner

Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Reeducación de marcha
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F709-RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO 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 8:12:27 p. m. - EDAD: 68 años, 4 meses y 13 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 4
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, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha, 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: F709-RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO 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 9:18:24 p. m. - EDAD: 68 años, 4 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
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, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha
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: F709-RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO 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 9:20:27 p. m. - EDAD: 68 años, 4 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores Muñeca: Desviación radial, Desviación cubital
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Escaneado con CamScanner

Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios excéntricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha, 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: F709-RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO 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 9:55:25 p. m. - EDAD: 68 años, 4 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
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, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
OTROS PROCEDIMIENTOS: Fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica color verde
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente no refiere dolor
- Rangos de movilidad articular limitados en miembro superior flexión de 120°, extensión 30°, abducción 60°, rotaciones 20°, flexión de codo 90°, extensión -10°
- Se evidencia monoparesia en miembro superior derecho
- Se mantienen retracciones musculares moderadas en deltoides medio, palmar mayor, isquiotibiales, cuádriceps, gastro soleos de forma bilateral
- Desempeño muscular de 3-/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de tren superior e inferior
- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración
- Mejoro levemente propiocepción viso manual
- Mejoro moderadamente equilibrio dinámico durante el patrón de marcha

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: F709-RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO 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: Sergio Arias Anzola **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 7073502026

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
2/07/21	12:00 pm	Se realiza valoración inicial encontrando a paciente en compañía de familiares, se evidencia alteración en lenguaje y esferas mentales superiores, paciente en posición sedente, atrofia muscular generalizada, mmss rigurido en patrón flexor marcado, surcos de movilidad articular limitados debido a contracturas severas en mmss y mmii, alteración en marcha y postura, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. rm:029562
5/07/21	10:00 pm	Se realiza movilidad activa asistida en mmss derecho y miembros inferiores y pasiva en mmss izquierdo, descargas de peso, aproximadores aductores, diagonales de Kabbat en mmss derecho y fortalecimiento isométrico con balón se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández rm:029562
6/07/21	10:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa - asistida en mmss derecho y mmii de forma bilateral, descargas de peso y aproximadores abductores fortalecimiento isométrico con balón y lanzo atrapo almohada, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández rm:029562
7/07/21	10:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa asistida en mmss derecho y mmii y pasiva en mmss izquierdo, se realizan diagonales de Kabbat, fortalecimiento isométrico con balón, estiramiento muscular pasivo, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. rm:029562
8/07/21	10:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa asistida y pasiva en mmss derecho, diagonales de Kabbat en mmss derecho, fortalecimiento isométrico con balón, palmas bajas como lanzar y atrapar, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. rm:029562
9/07/21	10:00 pm	Se realiza ejercicios de movilidad activa de todas activa asistida y pasiva, descargas de peso y aproximadores aductores, se realiza trabajo de bipedos y propiocepción visomotora, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. rm:029562
10/07/21	10:00 pm	Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física, a la valoración final se evidencia: Paciente con alteración moderada en esferas mentales, conserva levemente la comunicación, presenta mmss rigurido en patrón flexor, contractura y deformidad marcada, se evidencia alteración en equilibrio estático y dinámico, retracciones musculares moderadas a severas en gemelos e isquiotibiales de forma bilateral, regular levemente propiocepción visomotora, 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: 7073502026 Fecha de ingreso: 2/02/2026
Apellidos Arias Arzola Nombres Sergio
Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 7073502026
Fecha de nacimiento: Día: 23 Mes: 04 Año: 81 Sexo: F ___ M X
Municipio: Funza Barrio: Vía el cadí Dirección: Vereda Finca mandalay
teléfono fijo: N.R Móvil: 3168937079 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: N.R
EPS: Coopsos Contributivo: ___ Subsidiado: ✓
Diagnóstico Secuelas de poliomelitis CIE10 B91X Nº terapias 7
Acompañante: Ana vidal Arzola Parentesco: mamá Teléfono 3168937079

Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldia 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: 6 años de edad

Clínica de atención primaria: la palma cundinamarca

Exámenes diagnósticos realizados: TAC

Atención de médicos especialistas: Neurologos, Medicos generales

Tratamientos realizados: No refiere

Recomendaciones: —

Resumen: "mi hermano tuvo secuelas de polio, ahora tiene epilepsia y cardiopatia"

ANTECEDENTES:

Patológicos: Epilepsia, cardiopatia, lesiones Traumáticos: NO
Toxico - alérgicos: NO Quirúrgicos: NO
Infecciosos: NO Farmacológicos: Carbamazepina, clonazepam

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: No refiere

Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: —

Sensibilidad profunda: —

Espasmo: — Edema: — Inflamación: —

Escaneado con CamScanner

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

Retracciones Musculares: Severos en mmss y mmii

Atrofias musculares: Generalizada

Tono: Espasticidad y contracturas marcadas

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: alteradas

Nivel de conciencia: alterada

Memoria: alterada

Lenguaje: alterada

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

Movimientos involuntarios patológicos: No refiere

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

Movilidad articular: Rango pasivo marcado en mmss derecho contracturas generalizadas en mmss y mmii

Coordinación: alterada

Equilibrio: alterada

Postura o actitud postural: Sedente

Otros sistemas: Uso de pañal permanente

Observaciones:

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio osteomuscular y neuromuscular en rangos de movilidad, marcha, postura, esferas mentales, función motora que lo limita a generar PDD

Firma terapeuta: Sindy Fernández Registro: 029562

Escaneado con CamScanner

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA FISICA

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 derivar ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención. Antes de firmar, es importante que lea cuidado la siguiente información.

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

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

- ☐ Terapia electriva, masaje, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), ultrasonido, láser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir

---

- ☒ Movilidad articular
- ☒ Ejercicios activos
- ☒ Fortalecimiento muscular
- ☒ Estiramiento muscular y/o capsular
- ☐ Ejercicios pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia

- ☐ Disminución del dolor
- ☒ Aumento de arcos de movilidad articular
- ☒ Incremento de la fuerza muscular
- ☒ Mejorar estabilidad articular
- ☐ Otros

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 30% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede

- Sentir malestar en 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 alguna persona que no tenga formación en salud, ej. sobanderos, chamanes, rezanderos, etc.

Fecha 2/04/24 Hora 12:00 Nº de Terapias 2 Diagnóstico Secuelas de polineuritis

Yo Ana Anzola con documento de identidad 21133671

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

Ana Anzola

Firma paciente

cc 21 133 671

Sindy Fernanda

Firma profesional

cc 1053 [illegible] RP 03456

Escaneado con CamScanner

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA FISICA

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

- ☐ Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), ultrasonido, láser, vibración, calor superficial, crioterapia (frío). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- ☒ Movilidad articular
- ☒ Ejercicios activos
- ☒ Fortalecimiento muscular
- ☒ Estiramiento muscular y/o capsular
- ☐ Ejercicios pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia:

- ☐ Disminución del dolor
- ☒ Aumento de arcos de movilidad articular
- ☒ Incremento de la fuerza muscular
- ☒ Mejorar estabilidad articular
- ☐ Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 30% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede:

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

Fecha 2/8/24 Hora 12:00 Nº de Terapias 2 Diagnóstico Secuelas de politraumatismo

Yo Ana Anzola con documento de identidad 21133671

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

Ana Anzola

Firma paciente

CC. 21 133 671

Sindy Fernández

Firma profesional

CC. 1095576337 RP 274562

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: 2/07/21

Firma: Ana Anzola

Nombre: _____

Número de identificación: 21 133 671

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 2/07/2021 hora 12:00pm N° de terapias 7

Nombre: Sergio Arias Anzola Cedula: 1073502026

709

- ✓ **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	✓		**CÓLERA**	✓	
HERPES	✓		**H1N1**	✓	
DIFTERIA	✓		**HEPATITIS**	✓	
NEUMONÍA	✓		**VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)**	✓	
TUBERCULOSIS	✓		**CÁNCER**	✓	

- ✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Ana Anzola con N° de cedula 21B371

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 de iniciar el tratamiento.

Ana Anzola

Firma del paciente o responsable

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

800

Yo Ana Anzola identificado con cc 21133671 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: Sergio Arias Anzola **IDENTIFICACION** 1073502026

FIRMA Ana Anzola

FECHA: 2/09/17 **HORA:** 12:00pm **ALCALDIA** ✓ **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: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Sergio Bros Anzola **IDENTIFICACION** 7073502026

FECHA: 2/07/21 **HORA:** 12:00 pm **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR**_____ **ARL**_____

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

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 2/07/2021 HORA: 12:00pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Segio Boris Anzola Cédula: 7023502026

DIAGNOSTICO: Secuelas de Poliomielitis

DIRECCIÓN: finca mandalay

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
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 Fernández Cedula: 1073516331

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Ana Anzola Cedula: 21133671

Parentesco del paciente: mama Firma: Ana Anzola

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	0
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	0
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	75
	TOTAL	75

Escaneado con CamScanner