Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL 804		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSIÓN: 01	CÓDIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACIÓN: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2019

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Constanza Reyes

DIRECCIÓN: Cra 6 # 23-70 Zuare 2 Bloque 14 casa 9 **TELÉFONO:** 3178759828

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
2/07/2021	3:00 pm	Constanza Reyes.
5/07/2021	7:00 pm	Constanza Reyes
6/07/2021	7:00 pm	Constanza Reyes
7/07/2021	7:00 pm	Constanza Reyes
8/07/2021	7:00 pm	Constanza Reyes
9/07/2021	7:00 pm	Constanza Reyes
10/07/2021	7:00 pm	Constanza Reyes

Escaneado con CamScanner

CONSTANZA REYES

C.C: 39719020



Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, domingo, 11 de julio de 2021 20:17:22 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 39.719.020**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	CONSTANZA REYES
Identificación	CC 39.719.020 Edad: 23 años, 0 meses y 8 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) viernes, 03 de julio de 1998
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 6 # 23 - 70 ETAPA 2 Teléfono: 3118759828-3234161214
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	. Parentesco: . Teléfono: .
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 7:25:36 p. m. - EDAD: 23 años, 0 meses y 4 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: Peritonitis
Cirugía de extracción de L5 y S1 en el 2015
Extracción del implante en el 2016
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: Tramadol
FARMACOLOGICOS: Antibióticos
Vitamina G, B12, D3
Colágeno
PATOLOGICOS: Hipotiroidismo
Problemas de colón
Paciente quien refiere tener una masa en el seno izquierdo, lo cual se encuentra en estudio de biopsia

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia sesiones de fisioterapia domiciliaria, refiere "siento mucho dolor al estar acostada, sentada y al caminar el dolor se irradia a la pierna derecha"
DIAGNOSTICO MEDICO:
Paciente con diagnostico medico de osteomielitis de columna, con un tiempo de evolución de 3 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en compañía de familiar, hace uso de muletas bilaterales para traslados y transferencias
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: Columna y miembro inferior derecho Intensidad: 6/10 según EVA Frecuencia: constante

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
COLUMNA -> Lumbar FLEXION: derecho: 20° FLEXION: izquierdo: 20° EXTENSION: derecho: 10° EXTENSION: izquierdo: 10° INCLINACION: derecho: 5° INCLINACION: izquierdo: 5°
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Columna lumbar Movimiento: Flexión lumbar Musculo: Oblicuo externo Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
Articulación: Columna lumbar Movimiento: Extensión lumbar Musculo: Sacro lumbar Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
Articulación: Columna lumbar Movimiento: Inclinación Musculo: Transverso Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
Articulación: Columna lumbar Movimiento: Elevación de la pelvis Musculo: Cuadrado de los lomos Calificación derecha: 1 Calificación izquierda: 1
RETRACCIONES
Columna lumbar: Cuadrado de los lomos Severo
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA LATERAL: Cabeza: ANTERIORIZADA Hombros: PROTRUIDOS Lordosis cervical: NORMAL Cifosis dorsal: NORMAL Lordosis lumbar: AUMENTADA Pelvis: NORMAL Abdomen: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas
COORDINACION: No evaluada

Escaneado con CamScanner

EQUILIBRIO DINAMICO: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: MALO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bipedo: REGULAR
TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: Realiza Balanceo de brazos: Realiza
CICATRIZ: Tamaño cicatriz en región lumbar de 5cm cm Forma Diseminada
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de osteomielitis de columna, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías
de rangos de movilidad articular, desempeño muscular, marcha, locomoción y balance, aparatos de asistencia, dolor 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 de forma independiente
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
ESCALAS DE DISCAPACIDAD
BARTHEL: 85 INCAPACIDAD FUNCIONAL DEPENDIENTE LEVE
DIAGNÓSTICOS
Principal: M869-OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Extensores, Flexores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural
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 7:44:25 p. m. - EDAD: 23 años, 0 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
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, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M869-OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA 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 7:45:57 p. m. - EDAD: 23 años, 0 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas

Escaneado con CamScanner

TRABAJO REALIZADO: Paciente quien ingresa en óptimas condiciones generales, se realiza terapia sedativa (termoterapia, masoterapia). Se realizan ejercicios de movilidad articular de forma activa, estiramientos en tren superior e inferior. Se realiza trabajo propioceptivo. Se realiza Higiene postural. Paciente sale en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M869-OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA 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 7:48:57 p. m. - EDAD: 23 años, 0 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
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
OTROS PROCEDIMIENTOS: Fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica color verde
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M869-OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA 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 9:07:42 p. m. - EDAD: 23 años, 0 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores Muñeca: Desviación radial, Desviación cubital
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 propiocepción, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M869-OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA 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 9:08:52 p. m. - EDAD: 23 años, 0 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Escaneado con CamScanner

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
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, 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 propiocepción, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M869-OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA 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 8:08:34 p. m. - EDAD: 23 años, 0 meses y 8 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
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
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 propiocepción, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

- Paciente refiere que persiste dolor con calificación de 5/10 según EVA de forma constante en región lumbar el cual se irradia al miembro inferior derecho
- Rangos de movilidad se mantienen según calificación inicia para COLUMNA -> Lumbar FLEXION: derecho: 20° FLEXION: izquierdo: 20° EXTENSION: derecho: 10° EXTENSION: izquierdo: 10° INCLINACION: derecho: 5° INCLINACION: izquierdo: 5°
- Espasmos musculares pasaron de moderados a leves en trapecios fibras superiores
- Retracciones musculares pasaron de moderadas a leves gastro soleos e isquiotibiales y se mantienen moderadas para cuádriceps de forma bilateral y para cuadrado de los lomos
- Aumento desempeño muscular a 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores e inferiores
- Se evidencia alteración en equilibrio dinámico
- Paciente quien hace uso de muletas bilaterales para traslados y desplazamientos
- A la evaluación de postura se evidencia segmento cefálico anteriorizado, hombros protruidos e hiperlordosis lumbar
- No se evidencia edema ni inflamación

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: M869-OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

IPS HUMANA
Especialistas en
NIT 900217

Sindy D. Fernández
RM: 029562

Escaneado con CamScanner

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Constanza Reyes **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 39779020

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
2/07/21	3:00 pm	Paciente inicia ciclo de terapias a la valoración inicial refiere: dolor en región lumbar con calificación de 6/10 EVA en ocasiones presenta contractura de extensores de vertebras L4 y S1, rangos de movilidad limitados a de flexión 20°, extensión 10°, inclinación 5° paciente quien hace uso de muletas para desplazamientos, disminución muscular de 2/5 según escala de Daniels para agonista, antagonistas de tronco, que se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández
5/07/21	7:00 pm	se realizan movilidad articular activa en hombro izquierdo, estiramiento muscular haciendo uso de banda elástica diagonales de Kabat en tren superior, se realiza masaje descontracturante en espalda, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 02456z
6/07/21	7:00 pm	se realizan ejercicios de movilidad articular activa en mmss y mmii, fortalecimiento isométrico para miembros inferiores, estiramientos musculares de tren inferior y tronco, se realiza terapia sedativa haciendo uso de fisioterapia, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 02456z
7/07/21	7:00 pm	se realizan ejercicios de movilidad articular activa en mmss y mmii, fortalecimiento muscular con balón y banda elastica color verde, trabajo de higiene postural y diagonales de Kabat en mmss, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández Rm: 02456z
8/07/21	7:00 pm	se realizan ejercicios de movilidad articular activa en miembros superiores e inferiores, diagonales de Kabat, fortalecimiento de core y haciendo uso de balón en mmss y mmii, terapia sedativa comenzando en región lumbar, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 02456z
9/07/21	7:00 pm	se realizan ejercicios de movilidad articular activa en mmss y mmii, diagonales de Kabat en mmss, fortalecimiento muscular haciendo uso de balón, estiramientos musculares con banda elastica para mmss y mmii, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 02456z
10/07/21	2:00 pm	Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física a la valoración final se evidencia: Paciente refiere disminución de dolor en región lumbar con calificación de 5/10 según EVA, aumento de rango muscular a 4/5 según escala de Daniels en tren inferior, retracciones musculares pasaron de moderadas a leves en isquiotibiales y gemelos, moderadas en cuadriceps, rangos de movilidad se mantienen sin calificación inicial, se finaliza sin complicaciones, Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 02456z

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA CLINICA PARA COLUMNA

Historia Nº: 39779020 Fecha de ingreso: 2/07/2021
Apellidos Reyes Nombres Constanza
Documento de identidad: Tipo: cc Numero : 39779020 Fecha de nacimiento: Día: 27
Mes: 12 Año: 66 Sexo: F X M ___ Estado civil: Soltera Municipio: Tunja
Barrio: Zuame Dirección: Cra 6# 23-70 teléfono fijo: N.R
Móvil: 3178159828 Correo electrónico: N.R
Ocupación: N.R Entidad de salud: Sanitas
Vinculación: N.R
Empresa: N.R Nºterapias 7 Diagnostico: Osteomielitis de columna M869
Acompañante: Felipe Osorio Parentesco: Hijo Teléfono 3004637857
Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldía de Tunja

Cronología de la enfermedad:

Fecha y hora de accidente de trabajo: —
Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —
Fecha de reconocimiento de enfermedad general: 2015
Clínica de atención primaria: Saludcoop
Exámenes diagnósticos realizados: Radiografias de torax, columna
Atención de médicos especialistas: ortopedistas, cirujano de columna
Tratamientos realizados: Cirugia de extracción 1s y s1 "2015" agosto
Recomendaciones: "2016" extracción del implante
Resumen: "siento mucho dolor, al estar acostada, sentada y al caminar, irradiado al miembro derecho"

ANTECEDENTES:

Patológicos: Hipotiroidismo Traumáticos: NO
Toxico-alergicos: Ibuprofeno Quirúrgicos: Peritonitis Infecciosos: Biopsia sitio quirurgico
Farmacológicos: Antibioticos, Vitamina 6, B12, 03, colageno, multivitaminicos

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: Columna y mmii derecho constante
Escala Análoga Verbal 6/10
Sensibilidad Superficial: alterada Espasmo: Cervical
Edema: — Inflamación: —

RetraccionesMusculares: Seleras lumbares, Isquiotibiales, cuadriceps

Longitud de miembros superiores Real: —
Longitud de miembros superiores aparente: —
Longitud de miembros inferiores Real: —
Longitud de miembros inferiores aparente: —
Maniobras especiales: —

Escaneado con CamScanner

812

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

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CERVICAL	
	Flexión	
	Extensión	
	Rotación	
	Inclinación	
	LUMBAR	
20°	Flexión	20°
10°	Extensión	10°
5°	Rotación	5°
5°	Inclinación	5°

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	Músculos	Izquierdo
	CERVICAL	
	Flexores conjunto de cabeza y cuello	
	Extensores conjuntos de cabeza y cuello	
	Inclinadores laterales	
	TRONCO	
	Flexores	
	Extensores torácicos	↑
↑	Extensores lumbares	
	Oblicuos	
	Transverso abdominal	

Alteraciones posturales: Paciente quien permanece con flexión de tronco y mmii derecho en extensión

Pruebas complementarias:

Piel: S.A

Faneras: S.A

Trofismo muscular: disminuido en mmii

OBSERVACIONES

Diagnostico terapéutico: Paciente con alteración en dominio osteomuscular en categorías de rangos de movilidad articular, desempeño muscular, postura, marcha, locomoción y balance que la limita a ejecutar AOV.

FIRMA DE LA TERAPEUTA: Sindy Fernández Registro: 071562

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: 2/07/21 Hora: 3:00 Nº de Terapias: 7 Diagnóstico: osteomielitis columna

Yo Constanza Reyes con documento de identidad: 39719020 bta

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

Constanza Reyes

Firma paciente

cc. 39719020 bta

Sindy Fernández

Firma profesional

CC. 1073576337 RP 071562

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: 02/03/2021

Firma: Constanza Reyes

Nombre: Constanza Reyes

Número de identificación: 39719020

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 2/07/2021 hora 3:00 pm N° de terapias 7

Nombre: Constanza Reyes Cedula: 39779020

- ✓ **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 Constanza Reyes con N° de cedula 39779020

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.

Constanza Reyes

Firma del paciente o responsable

Escaneado con CamScanner

816

AUTORIZACIÓN

Yo Constanza Reyes identificado con cc 39719020 bta 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: Constanza Reyes **IDENTIFICACION** 39719020

FIRMA Constanza Reyes

FECHA: 2/07/21 **HORA:** 3:00pm **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Constanza Reyes **IDENTIFICACION** 39779020

FECHA: 21/07/21 **HORA:** 3:00 pm **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR**_____ **ARL**_____

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

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 2/03/2021 HORA: 3:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Constanza Reyes Cédula: 39779020

DIAGNOSTICO: Osteomielitis de columna

DIRECCIÓN: Cra 6 # 25-70 Tunez

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: 1093516337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Constanza Reyes Cedula: 3118759828

Parentesco del paciente: — Firma: Constanza Reyes

Escaneado con CamScanner

Escala de MORSE

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

Escaneado con CamScanner