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

689

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Arden Penagos Suarez

DIRECCIÓN: Calle 23 #6-50 Bellisca **TELÉFONO:** 3132134211

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
2/07/21	3:00 pm	Trinidad penagos
5/07/21	7:00 pm	Trinidad penagos
6/07/21	7:00 pm	Trinidad Penagos
7/07/21	7:00 pm	Trinidad Penagos
8/07/21	7:00 pm	Trinidad Penagos
9/07/21	7:00 pm	Trinidad Penagos
10/07/21	7:00 pm	Trinidad Penagos

Escaneado con CamScanner

AIDEN PENAGOS SUAREZ

C.C: 3024245

690



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, domingo, 11 de Julio de 2021 21:53:58 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.073.502.026**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	SERGIO ARIAS ANZOLA
Identificación	CC 1.073.502.026 Edad: 40 años, 2 meses y 28 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) lunes, 13 de abril de 1981
Residencia	FUNZA Dirección: VIA EL COCLI Teléfono: 3144660307
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	NO Parentesco: NO Teléfono: NO
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: viernes, 2 de Julio de 2021 9:22:29 p. m. - EDAD: 40 años, 2 meses y 28 días

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Carbamazepina
Clonazepam
PATOLOGICOS: Epilepsia
Catalepcia

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, cuidadora y familiar refiere " Mi hermano tuvo secuelas de polio desde los 6 años de edad, ahorita sufre de epilepsia y catalepcia"
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico médico de secuelas de poliomielitis, desde los 6 años de edad
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en compañía de familiares y cuidadora, se encuentra en sedente corto, con patrón flexor en miembro superior izquierdo y estado de conciencia confuso
ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso
DOLOR: Manifiesta NO

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

Escaneado con CamScanner

EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: No Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: No Realiza Discriminación de cinturas: No Realiza Balanceo de brazos: No 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: Paciente hace uso de pañal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de secuelas de poliomielitis, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías
de rangos de movilidad articular, desempeño muscular, marcha locomoción y balance y dominio neuromuscular en función motora, esferas mentales, lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria de forma independiente
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Isometría, 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 9:36:17 p. m. - EDAD: 40 años, 2 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores Internos, 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
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de equilibrio, 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: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS 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 9:38:42 p. m. - EDAD: 40 años, 2 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Escaneado con CamScanner

Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS 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 9:39:08 p. m. - EDAD: 40 años, 2 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Aductores, Abductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: fortalecimiento isometrico con balón
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, 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: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS 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 9:41:36 p. m. - EDAD: 40 años, 2 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
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
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, 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: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS 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 9:42:09 p. m. - EDAD: 40 años, 2 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
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: Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: Propiocepción viso manual
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Escaneado con CamScanner

Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS 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 9:39:08 p. m. - EDAD: 40 años, 2 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Aductores, Abductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: fortalecimiento isometrico con balón
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, 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: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS 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 9:41:36 p. m. - EDAD: 40 años, 2 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
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
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, 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: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS 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 9:42:09 p. m. - EDAD: 40 años, 2 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
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: Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: Propiocepción viso manual
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Escaneado con CamScanner

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Aiden Pongos Suarez **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 3024295

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
2/07/24	3:00 pm	Paciente inicia acto de terapias, a la valoración inicial se evidencia paciente orientado en sus 3 esferas, es independiente para realizar actividades de la vida diaria, presenta monoparesia de miembro superior derecho, no refiere dolor, limitación del movimiento en miembro superior derecho, disminución muscular de 2/5 y presenta parálisis facial mediado y dado facial, se evidencia alteración en equilibrio dinámico y propiocepción izquierda, se finaliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. rm:029562
5/07/24	7:00 pm	Se realiza movilidad activa de miembros superiores e inferiores de forma bilateral, diagonales de kabat, fortalecimiento bíceps con balón, higiene postural, se finaliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. rm:029562
6/07/24	7:00 pm	se realizan estiramientos musculares en bien superior e inferior, diagonales de kabbat, fortalecimiento con banda elástica amarilla en mmss y mmii, factores básicos de lanzar y atrapar cambios de decúbito de forma activa se finaliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. rm:029562
7/07/24	7:00 pm	Se realiza movilidad activa de mmss y mmii de forma activa, diagonales de kabbat, fortalecimiento muscular con thrabing azúcar verde, trabajo de patrón básico lanzar y atrapar, equilibrio dinámico durante el patrón de marcha, manejo de pinzas y agarre, se finaliza sin complicaciones fisioterapeuta: Sindy Fernández. rm:029562
8/07/24	7:00 pm	se realizan ejercicios de movilidad articular de bien superior e inferior de forma activa, trabajo de equilibrio dinamico y propiocepción izquierda fortalecimiento muscular isométrico haciendo uso de balón, factores básicos como lo son el lanzar y atrapar con enfasis en miembro superior derecho el cual presenta monoparesia, se finaliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. rm:029562
9/07/24	7:00 pm	Se realiza trabajo de movilidad articular activo en bien superior e inferior, diagonales de kabbat en mmss, fortalecimiento muscular con banda elastica color verde, trabajo de propiocepción visomanual, equilibrio dinamico durante el patrón de marcha y ejercicios de pinzas finas, se finaliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. rm:029562
10/07/24	7:00 pm	paciente quien realiza acto de sesión de terapia física, a la valoración final se evidencia: paciente quien no refiere dolor, monoparesia en mmss derecho, paciente quien realiza actividades de la vida diaria de forma independiente, mejora leve en propiocepción visomanual y equilibrio dinámico durante el patrón de marcha, se finaliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. rm:029562

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA CLINICA PARA MIEMBROS SUPERIORES

Historia Nº: 3024245 Fecha de ingreso: 2/07/2021
Apellidos Pengos Suarez Nombres Aiden Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 3024245 Fecha de nacimiento: Día: 24 Mes: 02 Año: 1953 Sexo: F ____ M X Estado civil: Soltero Municipio: Funza
Barrio: Bellizca Dirección: Calle 23 # 6-50 teléfono fijo: N.R Móvil: ____ Correo electrónico: N.R Ocupación: N.R Entidad de salud: Ecopsos vinculación: Beneficiario
Empresa: N.R Nºterapias 7 Diagnostico: Discapacidad cognitiva F709
Acompañante: Trinidad pengos Parentesco: Hermana Teléfono 3732734371

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

Cronología de enfermedad profesional y/o accidente de trabajo.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad general: De nacimiento

Clínica de atención primaria: Hospital de Funza

Exámenes diagnósticos realizados: Tac, resonancias

Atención de médicos especialistas: médico general

Tratamientos realizados: No refiere

Recomendaciones: No refiere

Resumen: Familiar refiere " desde pequeño mi hermano ha tenido su brazo derecho inmovil, no sabemos muy bien porque"

ANTECEDENTES:

Patológicos: No refiere Traumaticos: No refiere Toxico-alergicos: No refiere Quirúrgicos: No refiere Infecciosos: No refiere

Farmacológicos: No refiere

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: No refiere Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad superficial: S.A Espasmo: Cervical
Edema: No Inflamación: No

Retracciones Musculares: palmar mayor, deltoide medio y anterior

Trofismo muscular: —

Longitud de miembros superiores Real y aparente: —

Maniobras especiales: N.A

Escaneado con CamScanner

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

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	Músculos	Izquierdo
	ESCAPULA	
	Serrato anterior	
	Trapecio superior	
	Trapecio medio	
2-	Trapecio inferior	2+
	romboides	
	HOMBRO	
	Deltoides Anterior	
	supraespinosos	
	coracobraquial	
	Dorsal ancho	
	Redondo mayor	
	Redondo menor	
2-	infraespinosos	2+
	Deltoides medio	
	Pectoral mayor	
	Subescapular	
	CODO	
	Biceps braquial	
	Supinador largo	
	triceps braquial	
	Supinador corto	2+
	Pronadores	
2-	**MUÑECA**	
	Palmar mayor	
	Palmar menor	
	1º y2º radial	
	Cubital anterior	
	Cubital posterior	

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación	Izquierdo
	HOMBRO	
80°	Flexión	
20°	Extensión	
30°	Abducción	
0°	Aducción	
20°	Rotación interna	/
20°	Rotación externa	
	CODO	
100°	Flexión	
-10°	Extensión	/
20°	Pronación	
20°	supinación	
	MUÑECA	
30°	flexión	/
30°	Extensión	
10°	Desviación Radial	
10°	Desviación Cubital	

Pruebas complementarias:

Piel S.A

Faneras S.A

OBSERVACIONES

Diagnostico terapéutico: Paciente con afectación en dominio osteomuscular en categorías de riesgos de movilidad articular, desarreglo muscular, Movilidad, que lo limitan levemente a Grandes Rvs.

FIRMA DE LA TERAPEUTA Sindy Fernández Registro 02562

Escaneado con CamScanner

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: 3:00pm N° de Terapias: 7 Diagnóstico: Discapacidad cognitiva leve

Yo Trinidad penagos con documento de identidad: 20549612

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

Trinidad penagos
Firma paciente
CC. 20549612

Sindy fernández
Firma profesional
CC. 1073576377 RP 02956e

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: 2/07/2021

Firma: Trinidad penagos

Nombre: _____

Número de identificación: 20549612

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 21/07/2021 hora 3:00pm N° de terapias 7

700

Nombre: Aiden Penagos Suárez Cedula: 3024245

✓ **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 Trinidad Penagos con N° de cedula 20549612

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.

Trinidad penagos

Firma del paciente o responsable

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

Yo Trinidad Arregos identificado con cc 20549612 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollan.

707

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Arley Arregos Jaramillo IDENTIFICACION 3228215

FIRMA Trinidad Arregos

FECHA: 2/02/22 HORA: 3:00 pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR_____ ARL_____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

732

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Biden Penagos Suarez **IDENTIFICACION** 324245

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

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Trinidad Penagos
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Trinidad penagos
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Trinidad penagos
PLAN CASERO	Trinidad penagos
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Trinidad penagos

Escaneado con CamScanner

703

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	0
	TOTAL	0

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 2/07/2021 HORA: 3:00 pm 704

NOMBRE DEL PACIENTE: Aiden Penagos Suarez Cédula: 3024245

DIAGNOSTICO:

DIRECCIÓN: Calle 23 #6-50 Bellisca

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 Dayanna Fernández Cedula: 1073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Trinidad penagos Cedula:

Parentesco del paciente: Hermana Firma: 20549612

Escaneado con CamScanner