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

HOJA DE RUTA DIARIA

756

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana María Gonzalez Moreno

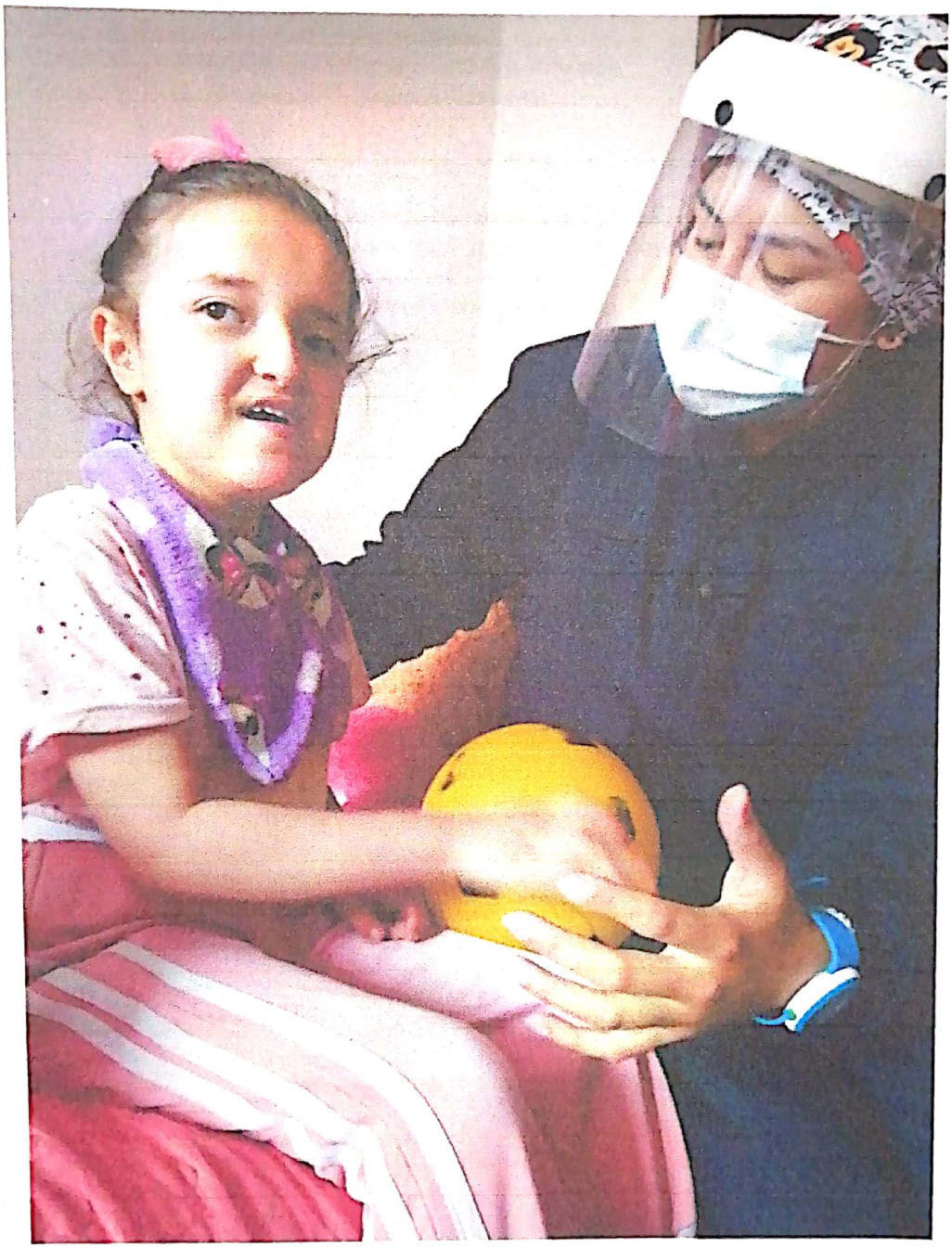
DIRECCIÓN: Cra 29 # 12A-93 **TELÉFONO:** 3123749391

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
2/07/2021	9:00 Am	Liliana Moreno
5/07/2021	8:00 Am	Liliana Moreno.
6/07/2021	8:00 Am	Liliana Moreno.
7/07/2021	8:00 Am	Liliana Moreno.
8/07/2021	8:00 Am	Lilianz Moreno.
9/07/2021	8:00 am	Liliana Moreno.
10/07/2021	8:00 Am	Liliana Moreno.

Escaneado con CamScanner

ANA MARIA GONZALES MORENO

R.C: 1074346440



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, domingo, 11 de julio de 2021 20:51:56 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.074.346.440**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ANA MARIA GONZALEZ MORENO
Identificación	CC 1.074.346.440 Edad: 6 años, 0 meses y 28 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) sábado, 13 de junio de 2015
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 29 # 12A -33 Teléfono: 3123149391
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	LILIANA MORENO Parentesco: MAMA Teléfono: 3123149391
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS017 - EPS FAMISANAR LTDA CAFAM-COLSUBSIDIO 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 8:23:01 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 28 días

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: Caída desde su propia altura lo que origino fractura de fémur derecho con reducción cerrada (yeso)
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: No refiere
PATOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, cuidadora y madre refiere " Me di cuenta porque ella no se movía, tenía la mirada perdida, era muy quieta y sus manos eran muy rígidas"
DIAGNOSTICO MEDICO:
Paciente con diagnostico medico de parálisis cerebral, con un tiempo de evolución de 5 años

OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en buenas condiciones generales, en compañía de cuidadora y familiares, se evidencia que la paciente no realiza bipedestación ni patrón de marcha, realiza arrastre para desplazamientos cortos, a la movilización pasiva de miembros inferiores genera llanto
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: ALTERADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: ALTERADA Ideomotora: ALTERADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: ALTERADA
Comunicación: ALTERADA Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: ALTERADA Dolor: ALTERADA Temperatura: ALTERADA
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: No presenta variación Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
IZQUIERDO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
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: NO Marcha: NO
COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): MALA
EQUILIBRIO DINAMICO: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO

Escaneado con CamScanner

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 parálisis cerebral, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías de rangos de movilidad articular, desempeño muscular y marcha locomoción y balance y dominio neuromuscular en las categorías de función motora, esferas mentales superiores,
lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria propias de su edad.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Extensores, Flexores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Extensores, Flexores Cuello pie: Flexores Mano, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, 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 8:35:34 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Flexores Mano, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION 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 8:36:49 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos, Aductores Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Escaneado con CamScanner

Cadera: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Flexores Mano, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, ROOD
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, 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: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION 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 8:38:59 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 8 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones pasivas, modulación de tono, Se realiza fortalecimiento muscular global (Kabbat, Rood). Se realizan estiramientos generales. Se realiza Higiene postural. Descargas de peso y aproximaciones articulares, paciente finaliza 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: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION 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 8:40:39 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Flexores Mano, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH
OTROS PROCEDIMIENTOS: Descargas de peso y aproximaciones articulares
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION 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 8:41:14 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Flexores Mano, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, ROOD
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

Escaneado con CamScanner

FECHA CONSULTA: sábado, 10 de julio de 2021 8:43:50 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones pasivas, modulación de tono, se realizan descargas de peso y aproximaciones articulares en miembros superiores e inferiores. Se realizan estiramientos generales. Se realiza Higiene postural. Paciente finaliza en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente genera llanto y pataleo al realizar movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores
- Paciente quien mantiene posición sedente corto de forma independiente, pero requiere supervisión constante
- Paciente no realiza gateo, bipedestación, ni marcha
- No realiza cambios de decúbito de forma independiente
- Propiocepción viso manual levemente conservada
- Esferas mentales alteradas
- comunicación alterada
- 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: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION 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 -

Sindy Fernández
RM: 029562

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº 1024346440 Fecha de ingreso 2/02/2021
Apellidos Gomez marcos Nombres Ana María
Documento de identidad: Tipo CC Numero 1024346440 Sexo F X M
Fecha de nacimiento: Dia 23 Mes 06 Año 2015 Estado civil —
Municipio Tunja Barrio Siete Tunjas Dirección Cra 19 E 12A-25
teléfono fijo N.R Móvil 3123117391 Correo electrónico N.R
Empresa N.R Ocupación N.R
EPS: Famisanar Contributivo — Subsidiado ✓
Diagnóstico Epilepsia Criptogenica CIE10 G809 Nº terapias 2
Acompañante: Liliana marcos Parentesco: mama Teléfono 3115443291

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

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: De Nacimiento

Clínica de atención primaria: Hospital de Tunja

Exámenes diagnósticos realizados: TAC

Atención de médicos especialistas: Neurologa - pediatra

Tratamientos realizados: No Kinesis

Recomendaciones: —

Resumen: Cuadro clínico: "no se da cuenta porque ella no se movia, hasta la marcha perdida, es muy pasiva y sus manos caidas"

ANTECEDENTES:

Patológicos: no Traumáticos: Caida, fx de fémur (yeso)
Toxico - alérgicos: NO Quirúrgicos: no
Infecciosos: no Farmacológicos: no

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:
Llora hasta el utensil mover de ram pasiva
Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: —

Sensibilidad profunda: —

Espasmo: — Edema: — Inflamación: —

Escaneado con CamScanner

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

Retracciones Musculares: —

Atrofias musculares: Generalizada

Tono: Hipotonia

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

Aditamentos para la marcha: No realiza patón de marcha

Esferas mentales superiores: alterada

Nivel de conciencia:

Memoria: alterada

Lenguaje: alterada

PRAXIAS	Movimientos involuntarios patológicos:
• Constructiva NO	
• Marcha NO	
• Vestirse NO	
• Buco – linguo – facial /	
• Escritura NO	

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

Movilidad articular:

realiza movilidad activa en MMSS, patón apoyado en ambas MMIIEE

Coordinación: alterada

Equilibrio: alterada

Postura o actitud postural: Sedente cifosis y escoliosis

Otros sistemas: para

Observaciones:

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio neuromuscular en categorías de función motora, esferas mentales, ocupacional en rangos de movilidad, marcha, que la limitan a ejecutar AVD.

Firma terapeuta: Sindy Fernández **Registro:** 02505b2

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: 9:00 Nº de Terapias: 7 Diagnóstico: Parálisis cerebral

Yo Liliana Maceda Moreno. con documento de identidad: 1057185424.

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

Liliana Moreno

Firma paciente

cc. 1057185424.

Sindy Fernandez

Firma profesional

cc. 7033576337 RP 021562

Escaneado con CamScanner

Autorización para el tratamiento de datos personales

Trabajadores de la IPS

766

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: 2/07/22

Firma: Liliana Floreno.

Nombre: Liliana Floreno.

Número de identificación: 1057585424

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

Yo Liliana Moreno.
cc 40571854221 identificado con 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: Ana María González **IDENTIFICACION** cc: 1074346410 768

FIRMA Liliana Moreno.

FECHA: 21/07/22 **HORA:** 9:00 am **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

769

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana María Gonzalez ***IDENTIFICACION*** RC: 1094346440

FECHA: 21/01/21 ***HORA:*** 9:00 am ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Lillana Moreno
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Lillana Moreno.
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Lillana Moreno.
PLAN CASERO	Lillana Moreno
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Lillana Moreno.

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

770

FECHA: 2/07/21 HORA: 9:00 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: Bru Maria Gonzalez Moreno Cédula: RC: 1074 346410

DIAGNOSTICO: Parálisis cerebral - microcefalia

DIRECCIÓN: Cra 29 # 720-33

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: 1073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Liliana Moreno Cedula: 1057585201

Parentesco del paciente: mamá Firma: Liliana Moreno.

Escaneado con CamScanner

771

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0 SI Puntaje 25	25
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	40

Escaneado con CamScanner