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

6

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Juan Esteban beltran beltran

DIRECCIÓN: Calle 20 N ÷ 13-29 casa 12 **TELÉFONO:** 3007377804

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
05/07/2021	8:20 AM	
06/07/2021	9:00 AM	
07/07/2021	8:50 AM	
08/07/2021	8:50 AM	
09/07/2021	8:50 AM	
10/07 2021	8:50 AM	

Escaneado con CamScanner

JUAN ESTEBAN BELTRAN



Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, jueves, 15 de julio de 2021 14:31:07

HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.019.984.839

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JUAN ESTEBAN BELTRAN BELTRAN
Identificación	TI 1.019.984.839 Edad: 16 años, 6 meses y 12 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) lunes, 03 de enero de 2005
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 20 N 14-19 Teléfono: 3203208164
Ocupación	HOGAR
Responsable	DORA BELTRAN Parentesco: MAMA Teléfono: 3203206164
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS FAMISANAR LTDA CAFAM-COLSUBSIDIO Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: lunes, 5 de julio de 2021 12:55:48 p. m. - EDAD: 16 años, 6 meses y 12 días

ANTECEDENTES

- PERSONALES: No refiere
- PATOLOGICOS: parálisis cerebral
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: oscarbazepina topiramato
- QUIRURGICOS: No refiere
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Ninguna

MOTIVO DE CONSULTA: paciente con diagnostico parálisis cerebral espástica epilepsia

POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general

ENFERMEDAD ACTUAL: parálisis cerebral epilepsia

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

HABILIDADES MOTORAS BASICAS

- Tono muscular fluctuante: MSD Presente MSI Presente
- Fuerza muscular: MSD Ausente MSI Ausente
- Amplitud articular: MSD Ausente MSI Ausente

PATRONES INTEGRALES

- Alcanzar: MSD Presente MSI Presente
- Lanzar: MSD Ausente MSI Ausente
- Agarre cilíndrico: MSD Presente MSI Presente
- Agarre a mano llena: MSD Presente MSI Presente
- Agarre dígito palmar: MSD Presente MSI Presente
- Agarre dígito-digital: MSD Ausente MSI Ausente
- Enganche: MSD Presente MSI Presente
- Pinza fina: MSD Ausente MSI Ausente
- Pinza lateral: MSD Ausente MSI Ausente

PATRONES FUNCIONALES

- Mano-Cabeza: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Boca: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Cuello: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Hombro contra lateral: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Hombro IPSI-Lateral: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Espalda: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Glúteo: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Pie: MSD Ausente MSI Ausente

HABILIDADES SENSORIALES

- Fijación visual: SI
- Seguimiento visual: SI

HABILIDADES COGNITIVAS

- Atención: SI
- Comprensión de órdenes: SI

HABILIDADES PROCESAMIENTO

- Tolerancia a la actividad: SI

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Escaneado con CamScanner

- Alimentación: Dependiente
- Vestido: Dependiente
- Higiene menor: Dependiente
- Higiene mayor: Dependiente
- Traslados: Dependiente
- Transferencias: Dependiente
- Hábitos y rutinas: Dependiente

OBSERVACIONES: Ninguna

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

- CUELLO
  Rotación derecha: Regular
  Rotación izquierda: Regular
  Inclinación derecha: Regular
  Inclinación izquierda: Regular
  Flexión: Regular
  Extensión: Regular
- ESCAPULA
  Elevación: MSD Regular MSI Regular
  Depresión: MSD Regular MSI Regular
  Abducción y rotación: MSD Regular MSI Regular
  Aducción: MSD Regular MSI Regular
  Depresión y rotación: MSD Regular MSI Regular
- HOMBRO
  Flexión: MSD Regular MSI Regular
  Extensión: MSD Regular MSI Regular
  Abducción: MSD Regular MSI Regular
  Aducción horizontal: MSD Regular MSI Regular
  Rotación interna: MSD Regular MSI Regular
  Rotación externa: MSD Regular MSI Regular
- CODO
  Flexión: MSD Regular MSI Regular
  Extensión: MSD Regular MSI Regular
- ANTEBRAZO
  Supinación: MSD Regular
  Pronación: MSD Regular
- MUÑECA
  Flexión: MSD Regular MSI Regular
  Extensión: MSD Regular MSI Regular
- PULGAR
  Flexión: MSD Regular
  Extensión: MSD Regular
  Aducción: MSD Regular
  Abducción: MSD Regular
  O ponencia: MSD Regular
- DEDOS
  Flexión: MSD Regular MSI Regular
  Extensión: MSD Regular MSI Regular
  Aducción: MSD Regular MSI Regular
  Abducción: MSD Regular MSI Regular

OBSERVACIONES: Ninguna

DIAGNÓSTICOS

Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

Relacionado1: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA

Hora de Ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 1

CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones

TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)

HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual

Escaneado con CamScanner

PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivos, Vesicular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Manejo de la patología
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se realiza proceso de valoración inicial presenta diagnostico de parálisis cerebral epilepsia déficit a nivel musculo esquelético limitación en patrón motor habilidad manual desempeño en actividades de la vida diaria con independencia por parte del cuidado limitación en desempeño de rol de juego y escolar finaliza sesión se dan indicaciones.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: martes, 6 de julio de 2021 1:02:57 p. m. - EDAD: 16 años, 6 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 2
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivos, Vesicular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Manejo de la patología
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condicione saciente con quien se promueve estimulacion táctil manejo de textura suave finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: miércoles, 7 de julio de 2021 1:04:22 p. m. - EDAD: 16 años, 6 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 3
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivos, Vesicular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Manejo de la patología
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se promueve estimulacion propioceptivos finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: jueves, 8 de julio de 2021 1:06:19 p. m. - EDAD: 16 años, 6 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 4
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas

Escaneado con CamScanner

HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivos, Vesicular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Manejo de la patología
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se promueve patrón manual funcional ejecución de agarres finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: viernes, 9 de julio de 2021 1:08:27 p. m. - EDAD: 16 años, 6 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 5
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivos, Vesicular
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Autocuidado
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se promueve coordinación óculo manual actividad de desencajado de piezas uso de material didáctico finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: sábado, 10 de julio de 2021 1:10:54 p. m. - EDAD: 16 años, 6 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 6
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivos, Vesicular
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Manejo de la patología
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se finaliza proceso de intervención presenta bances leves para patrón manual mantenimiento de habilidad en ejecución de alcances agarres a mano llena y cilíndrico registro de información táctil requiere continuar rehabilitación motora u sensorial finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

Jenny Silva
HUMANA-VITAL S.A.S
Especialistas en terapias
Nit. 900.217.648 - 7

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
05/07/2021	8:20	paciente con quien se realiza valoracion inicial presenta diagnostico de paralisis cerebral epilepsia deficit a nivel osteo muscular limitacion en patron motor que limita independencia en actividades de la vida diria con restriccion en participacion dentro de su rol escolar e interaccion con pres finaliza sesion se dan indicaciones.
06/07/2021	8:20	paciente con quien se realiza estimulo tactil manejo de textura suave registro de informacion tactil finaliza sesion se dan indicaciones.
7/07/2021	8:50	paciente con quien se realiza intervencion domiciliria se promueve estimulacion propioceptiva en masaje terapeutico contacto superficial y profundo finaliza sesion se dan indicaciones.
8/07/2021	8:50 AM	paciente con quien se realiza sesion domiciliria se promueve patron manual ejecucion de agarres a mano llena actividad con pelota y conos agarre cilindrico finaliza sesion se dan indicaciones
9/07/2021	8:50 AM	paciente con quien se realiza sesion domiciliria se promueve coordinacion oculo manual actividad de desencajando de pines finaliza sesion se dan indicaciones.
10/07/2021	8:50	paciente quien finaliza paquete de seis sesiones se realiza valoracion final durante el proceso se promovio integracion estimulo sensorial desarrollo mantenimiento de patron motor requiere continuar fortalecimiento de tono muscular finaliza sesion se dan indicaciones.

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 1019984839 Fecha de Ingreso: 05/07/2021
Apellidos: Beltran Beltran Nombres: Juan esteban
Documento de Identidad. Tipo: TI Número: 1019984839
Fecha de nacimiento: Día: 9 Mes: 01 Año: 2005 sexo.F: ___ M: X Estado civil: Soltero Municipio: Tunja Barrio: La aurora
Dirección: Calle 20 -N: 13-29 casa 12 Teléfono fijo: — — — Móvil: 300 737 7804
Correo electrónico: dorabeltr@hotmail.com ocupación: — —
Entidad de salud: famisanar Vinculación: beneficiario Empresa: — —
N° de terapias: ___ Diagnostico: parálisis cerebral espastica epilepsia refractaria
Acompañante: Dora betran Parentesco: mama Teléfono: ___

Cronología de la enfermedad:
Fecha y hora del accidente de trabajo: — — —
fecha de reconocimiento de la enfermedad laboral: — — —
fecha del reconocimiento de la enfermedad general: hipoxia en el nacimiento
fecha y hora del accidente de tránsito: — — —
clínica de atención primaria: Colsubsidio
Exámenes diagnósticos realizados: resonancia electro telemetria
atención de médicos especialistas: neurologia fisiatria pediatria endocrino gastroenterologo
tratamientos realizados: toxina botulinica terapias.
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias: —
— — —

Antecedentes: epilepsia refractaria
Patológicos: parálisis cerebral Traumáticos: ninguno
Tóxico-alérgicos: ninguno Quirúrgicos: gastrostomia lesproscopia
Infecciosos: ninguno Farmacológicos: clonazepam azul cresalo oscarbazepina lobetrazola topiramato calcio pet clobaxam levetiracetam.

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

Fu Funcional SF=Disfuncional NF=No Funcional NA=No aplica

Actividades de la Vida Diaria BÁSICAS	Descripción
Cuidado Personal	no funcionalidad presenta dependencia en su ejecución
Movilidad funcional	no funcional traslado en silla de ruedas

Escaneado con CamScanner

Locomoción	no funcional no presenta patron de marcha
INSTRUMENTALES Comunicación Comprensión Rutina de medicamentos Manejo del dinero Manejo del transporte Manejo del hogar	no funcional en el desempeño de actividades instrumentales dependencia por parte del cuidador
TRABAJO	

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL

Componente sensoriomotor	Funcional	semifuncional	disfuncional	No aplica	Observaciones
Integración sensorial					
Conciencia sensoria					
*Tactil	X				
*Auditiva	X				
*Visual	X				
*Olfativo	X				
*vestibular		X			
*Cognitivo		X			
*Procesamiento sensorial		X			
Destrezas perceptuales					
*Estereognosia					
*Respuesta al dolor		X			
*Kinestesia		X			
*oclusión visual		X			
*Figura-fondo		X			
*Relaciones espaciales			X		
*Esquema Corporal	X				
Neuromuscular					
*Reflejo		X			

Escaneado con CamScanner

Medio					
Flexión MCF					
Extensión MCF					
Flexión IFP					
Extensión IFD					
Anular					
Flexión MCF					
Extensión MCF					
Flexión IFP					
Extensión IFD					
Meñique					
Flexión MCF					
Extensión MCF					
Flexión IFP					
Extensión IFD					

3. Medidas Especiales

Criterios	MSD	MSI
Distancia uña palma		
Distancia uña mesa		
Dolor		
Presentación (Continuo o Intermitente)		
Localización (Difuso, Localizado o irradiado)		
Intensidad (Palpación, reposo o movimiento)		

Observaciones:

4. Funcionalidad

Patrones Funcionales	MSD			MSI			Observaciones
	F	SF	NF	F	SF	NF	
Mano-cabeza							
Mano-nuca							
Mano-cuello							
Mano-boca							
Mano-hombro contralateral							
Mano-hombro lateral							
Mano-espalda							
Mano-cintura							
Mano-periné							
Mano-rodilla							
Mano-pie							
Patrones Integrales							
Agarre cilíndrico							
Agarre Esférico							
Agarre dígito digital							
Agarre interdigital							
Agarre a mano llena							
Enganche							

Escaneado con CamScanner

Pinza fina		X			X		
Pina trípode		X			X		
Pinza lateral		X			X		
Alcanzar arriba		X			X		
Alcanza abajo		X			X		
Alcanzar detrás			X			X	
Alcanzar adelante		X			X		
Lanzar rudimentario		X			X		
Lanzar Propulsión			X			X	
Soltar rudimentario		X			X		
Soltar con precisión			X			X	

Observaciones:

5. Sensibilidad

Criterio	DERECHO	IZQUIERDO
Sensibilidad profunda	Conservada	Conservada
Sensibilidad superficial	Conservada	Conservada
Test de Weber		
4 a 6 normal 6 a 8 ml Hipoestesia leve 8 a 12 hipoestesia 12 1.5 cm hipoestesia severa Más 1.5 cm Pérdida sensibilidad		

6. Pruebas especiales

7. Concepto Ocupacional paciente con diagnostico paralisis cerebral epilepsia deficit a nivel musculo esquelitico presenta limitacion en patron motor restriccion en rol escolar.

8. Historia Ocupacional

Nombre del terapeuta: Jenny Silva

Firma:

N° de registro 018865

Escaneado con CamScanner

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de fisioterapia, esto significa que entiende en que consiste el tratamiento y nos autoriza a realizarlo.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no derivara ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención. Antes de firmar, es importante que lea despacio la siguiente información.

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

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

- ☐ Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutanea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- ☒ Movilidad articular.
- ☒ Ejercicios activos
- ☒ Fortalecimiento
- ☒ Estiramientos
- ☐ Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- ☐ Disminución del dolor
- ☒ Aumento de arcos de movimiento
- ☐ Incremento en la fuerza
- ☐ Mejorar la estabilidad articular

Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 65 % de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar e incremento del dolor después del primer día de fisioterapia
- ✓ Dolor e inflamación con cada nuevo ejercicio.

Humana-vital s.a.s y sus profesionales no se hacen responsables de su tratamiento si:

- ✓ Usted no cumple con el número de terapias asignadas por el especialista teniendo en cuenta la continuidad, el tiempo y la actitud.
- ✓ Usted no sigue los consejos de la terapeuta y no realiza los planes caseros dados por el profesional.
- ✓ Acude a alguna persona que no tenga formación profesional en salud, eje; sobanderos, chamanes, rezanderos, etc..

Fecha: 05/07/2021 Hora 8:20 N° de terapias: 6 Diagnostico: parálisis cerebral

Yo Dora Beltrán Avila con documento de identidad: 52663882 como (parentesco con el paciente) Mamá en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Juan Esteban Beltrán con documento de identidad (del paciente) 1019984839 Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

IPS HUMANA - VITAL S.A
Especialistas en terapias
Nit. 900.217 648 - 1

Firma del paciente

Cc 52663882

Firma de la terapeuta

Cc. 52664560 Registro 0108765

Escaneado con CamScanner

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

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: 05/07/2021

Firma: _____

Nombre: Dora I Beltran Avila

Número de identificación: 52663882

Escaneado con CamScanner

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

Nombre del paciente: Juan esteban beltran **Cedula:** 1019984839

PARA REALIZAR UNA TERAPIA APROPIADA SU TERAPEUTA NECESITA SABER SI USTED A PADECIDO O PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES: (marque con una X)

	NO	SI		NO	SI
SIDA O VIH	X		COLERA	X	
HERPES	X		H1N1	X	
DIFTERIA	X		HEPATITIS	X	
NEUMONIA	X		VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	X	
TUBERCULOSIS	X		CANCER	X	

"ESTA INFORMACIÓN SE REGISTRARA EN SU HISTORIA CLINICA, UNICAMENTE LA CONOCERA EL PERSONAL QUE LO ATIENDE DURANTE SU TERAPIA, ESTA PROTEGIDA POR EL SECRETO PROFESIONAL"

CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

FECHA: 05/07/2021 HORA 8:20 Nº DE TERAPIAS 6

YO Dora I Beltran Avila CON CEDULA Nº 52663882

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco mis derechos y deberes que tengo ante la IPS HUMANA VITAL.S.A.S, con NIT 900217648-1 desde el primer día en que acudí a la institución y antes que iniciara el tratamiento.

cc: 52 663882
Firma del paciente

cc/ 52 218 958
firma de la representante legal

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

AUTORIZACIÓN

Yo Dora I Beltrán Avila identificado con cc 52663882 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: Juan esteban beltran **IDENTIFICACION** 1019984839

FIRMA

FECHA: 05/07/2019 **HORA:** 8:20 am **ALCALDIA** X **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

999

TERAPEUTA RESPONSABLE: Jenny Silva

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Juan esteban betran **IDENTIFICACIÓN** 1019984839

FECHA: _____ **HORA:** _____ **ALCALDÍA**_____ **PARTICULAR**_____ **ARL**_____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	
PLAN CASERO	
AUTORIZACIÓN DE REGISTRO FOTOGRÁFICO	

Escaneado con CamScanner

1000

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 05/07/2021 HORA: 8:20 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan esteban beltran Cédula: 1019984839

DIAGNOSTICO: parálisis cerebral epilepsia

DIRECCIÓN: Calle 20 N° 13-29 casa 12

El domicilio cuenta:

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

OBSERVACIONES: _____

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

Si su respuesta es NO describa por qué: _____

Datos del evaluador:

NOMBRE: Jenny Silva Suarez Cedula: 52664540

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Dora I Beltrán Avila Cedula: 52663882

Parentesco del paciente: Mama. Firma: _____

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	15
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0 Puntaje 15 Puntaje 30	15
Vía Venosa	NO Puntaje 0 SI Puntaje 20	0
Marcha: • Normal/en reposo/en cama • Débil • Alterada requiere asistencia	Puntaje 0 Puntaje 10 Puntaje 20	20
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	15
	TOTAL	65

Escaneado con CamScanner