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

HOJA DE RUTA DIARIA

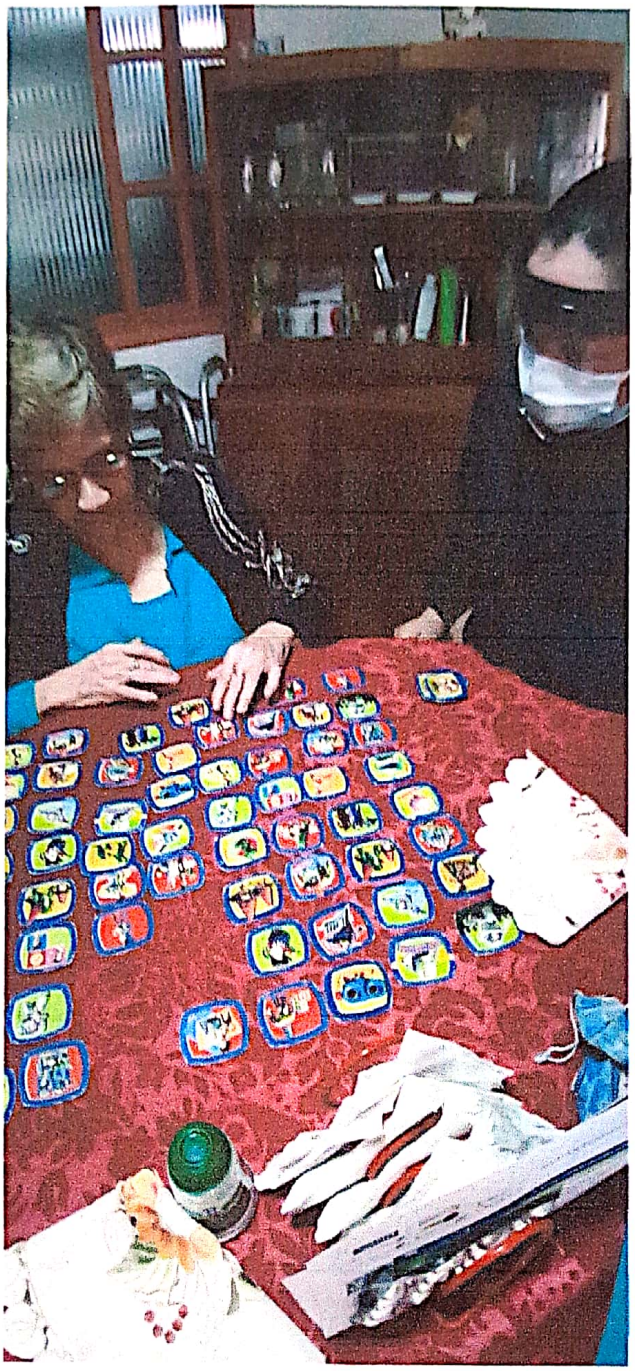
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Julia Elvira Cangrejo Garzón

DIRECCIÓN: Calle 14A #24-26 **TELÉFONO:** 3214134336

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
1 Julio-2021	10:00 am	Sya Isabel Quiñonez G.
08/07/21	9:00 am	Sya Isabel Quiñonez G.
04/07/21	9:00 am	Sya Isabel Quiñonez G.
10/07/21	8:00 am	Sya Isabel Quiñonez G.
12/07/21	8:00 am	Sya Isabel Quiñonez G.
13/07/21	4:00 pm	Sya Isabel Quiñonez G.

Escaneado con CamScanner

JULIA ELVIRA GUAQUETA GARZON CC 52.662.202



Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, jueves, 15 de julio de 2021 00:04:01 **HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 52.662.202**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JULIA ELVIRA GUAQUETA GARZON
Identificación	CC 52.662.202 Edad: 78 años, 5 meses y 11 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) Jueves, 04 de febrero de 1943
Residencia	FUNZA Dirección: CLL 14 A NRO 24/26 Teléfono: 8374289/3208422633
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	00 parentesco: 0 Teléfono: 0
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: Jueves, 1 de Julio de 2021 10:00:47 a. m. - EDAD: 78 años, 5 meses y 10 días

ANTECEDENTES

- PERSONALES: No refiere
- PATOLOGICOS: Fractura de cadera
Pie equino varo
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: Enalapril, Levotiroxina, Losartan y Esomeprazol
- QUIRURGICOS: Cirugía de cadera
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Ninguna

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente de programa de discapacidad de la Alcaldía de Funza

POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con diagnóstico de secuelas de polio, fractura de cadera y pie equino varo

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

HABILIDADES MOTORAS BASICAS

- Fuerza muscular: MSD Presente MSI Presente
- Amplitud articular: MSD Presente MSI Presente

HABILIDADES GRAFOMOTORAS

- Dominancia manual: MSD Presente
- Corta con tijeras: MSD Presente
- Hace enhebrado: MSD Presente MSI Presente
- Hace encajado: MSD Presente MSI Presente
- Rasgado de papel: MSD Presente MSI Presente
- Fuerza en coloreado: MSD Presente MSI Presente

PATRONES INTEGRALES

- Alcanzar: MSD Presente MSI Presente
- Lanzar: MSD Presente MSI Presente
- 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 Presente MSI Presente
- Enganche: MSD Presente MSI Presente
- Pinza fina: MSD Presente MSI Presente
- Pinza lateral: MSD Presente MSI Presente

PATRONES FUNCIONALES

- Mano-Cabeza: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Boca: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Cuello: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Hombro contralateral: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Hombro IPSI-Lateral: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Espalda: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Glúteo: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Pie: MSD Presente MSI Presente

HABILIDADES SENSORIALES

- Seguimiento visual: SÍ

Escaneado con CamScanner

- Percepción visual: SÍ
- Responde al nombre: SÍ
- Ajustes posturales: SÍ

HABILIDADES COGNITIVAS
- Atención:SI
- Concentración:SI
- Comprensión de ordenes:SI
- Memoria:SI
- calculo: NO
- Orientación en tiempo: SÍ
- Orientación en espacio: SI
- iniciativa: NO
- Imitación creatividad: SÍ

HABILIDADES PROCESAMIENTO
- Tolerancia a la actividad: SÍ
- Tolerancia a la frustración: SI
- Seguimiento de instrucciones: SI
- creatividad: NO

HABILIDADES SOCIALES
- Interactúa con familia: SI
- Interactúa con otros: SÍ

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Independiente
- Vestido: Semi-Independiente
- Higiene menor: Semi-Independiente
- Higiene mayor: Semi-Independiente
- Traslados: Semi-Independiente
- Transferencias: Semi-Independiente
- Hábitos y rutinas: Semi-Independiente

OBSERVACIONES: Ninguna

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR
- CUELLO
  Rotación derecha: Bueno
  Rotación izquierda: Bueno
  Inclinación derecha: Bueno
  Inclinación izquierda: Bueno
  Flexión: Bueno
  Extensión: Bueno
- ESCAPULA
  Elevación: MSD Bueno MSI Bueno
  Depresión: MSD Bueno MSI Bueno
  Abducción y rotación: MSD Bueno MSI Bueno
  Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
  Depresión y rotación: MSD Bueno MSI Bueno
- HOMBRO
  Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
  Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
  Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
  Aducción horizontal: MSD Bueno MSI Bueno
  Rotación interna: MSD Bueno MSI Bueno
  Rotación externa: MSD Bueno MSI Bueno
- CODO
  Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
  Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
- ANTEBRAZO
  Supinación: MSD Bueno MSI Bueno
  Pronación: MSD Bueno MSI Bueno
- MUÑECA
  Flexión: MSD Bueno MSI Bueno

Escaneado con CamScanner

Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
- PULGAR
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
Oponencia: MSD Bueno MSI Bueno
- DEDOS
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: M215-MANO O PIE EN GARRA O EN TALIPES, PIE EQUINOVARO O ZAMBO ADQUIRIDOS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:-00 Hora de salida: 11:00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza valoración inicial, con recopilación de antecedentes, observación de habilidades cognitivas, motoras y amplitud articular. Se culmina sin complicaciones
TRABAJO REALIZADO: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza valoración inicial, con recopilación de antecedentes, observación de habilidades cognitivas, motoras y amplitud articular. Paciente semi funcional en AVD, dependiente en traslados requiriendo apoyo de caminador para deambular en casa y traslados largo uso de silla de ruedas, patrones integrales de movimiento conservados, dificultad en la comprensión de instrucciones semicomplejas y complejas.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina sin complicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: jueves, 8 de julio de 2021 9:00:43 a. m. - EDAD: 78 años, 5 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:00 Hora de salida: 10:00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de asociación de imágenes por uso y función, al igual que actividad motora fina con fichas pequeñas.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Agarres
HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Memoria
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina sin complicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: M215-MANO O PIE EN GARRA O EN TALIPES, PIE EQUINOVARO O ZAMBO ADQUIRIDOS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: viernes, 9 de julio de 2021 9:00:15 a. m. - EDAD: 78 años, 5 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:00 Hora de salida: 10:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de memoria con 30 fichas, planeación y velocidad de ejecución.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Memoria
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Tiempos de ejecución
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina sin complicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M215-MANO O PIE EN GARRA O EN TALIPES, PIE EQUINOVARO O ZAMBO ADQUIRIDOS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

Escaneado con CamScanner

FECHA CONSULTA: sábado, 10 de julio de 2021 8:00:15 a. m. - EDAD: 78 años, 5 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 9:00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza de praxias viso constructivas con copia de figuras semicomplejas con tangram, seguimiento visual y planeación.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Orientación en espacio
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina sin complicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: M215-MANO O PIE EN GARRA O EN TALIPES, PIE EQUINOVARO O ZAMBO ADQUIRIDOS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: lunes, 12 de julio de 2021 8:00:19 a. m. - EDAD: 78 años, 5 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 9:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de secuenciación de formas y colores, orientación espacial y atención.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Comprensión de órdenes, Orientación en espacio
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina sin complicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: M215-MANO O PIE EN GARRA O EN TALIPES, PIE EQUINOVARO O ZAMBO ADQUIRIDOS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: martes, 13 de julio de 2021 4:00:45 p. m. - EDAD: 78 años, 5 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16:00 Hora de salida: 17:00 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de motricidad fina con ensartado, seguimiento de instrucciones y coordinación viso-manual.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado
PATRONES INTEGRALES: Agarres
HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Orientación en espacio
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina ciclo, evidenciando mantenimiento de habilidades iniciales, demostrando mayor interés por ejecutar tareas diarias y optimizar su tiempo libre. Se finaliza sin complicaciones.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: M215-MANO O PIE EN GARRA O EN TALIPES, PIE EQUINOVARO O ZAMBO ADQUIRIDOS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

IPS HUMANA -VITAL S.A.S
Especialistas en terapias
Nit 900.217.648

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Julia Flora Goajeta DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 57662202

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
06/07/21	10:00am	Se realiza valoración inicial y se brinda inducción del servicio. Mª Angelica Gonzalez T
08/07/21	9:00am	Se realiza protocolo de desinfección y medidas de bioseguridad para COVID19 Se realiza actividad de aseo oral y motricidad fina se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez T.
09/07/21	9:00am	Se realiza protocolo de desinfección y medidas de bioseguridad para COVID19 Se realiza actividad de memoria y atención, se finaliza sin complicaciones Mª Angelica Gonzalez T
10/07/21	8:00am	Se realiza protocolo de desinfección y medidas de bioseguridad para COVID19 Se realiza actividad de copia de figura, resolución de problemas y planeación Se finaliza sin complicaciones Mª Angelica GONZALEZ T
12/07/21	8:00am	Se realiza protocolo de desinfección y medidas de bioseguridad para COVID19 Se realiza actividad de identificación de colores y tonos. Se finaliza sin complicaciones Mª Angelica Gonzalez
13/07/21	4:00pm	Se realiza protocolos de desinfección y medidas para COVID19. Se realiza actividad motora fina y de seguimiento de instrucciones. Se finaliza cada terapeutico fortalecido pero requiere apoyo en habilidades cognitivas y mantenimiento de habilidades motoras finas. Se finaliza sin complicaciones Mª Angelica Gonzalez T.

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 52662202 Fecha de ingreso: Julio 1/2021
Apellidos: Angueta Cuervo Nombres: Julia Elvira
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 52662202
Fecha de nacimiento: Día: 04 Mes: 02 Año: 1943 sexo: F: X M: Estado civil: Soltera Municipio: Funza Barrio: Villa Paola
Dirección: Cll 14A # 24-26 Teléfono fijo: Móvil: 3214134336
Correo electrónico: ocupacion: Ama de casa
Entidad de salud: Ecopsos Vinculación: Subsidiado Empresa:
N° de terapias: 6 Diagnostico: Adulto, fractura de cadera, Pie equino
Acompañante: Ana Isabel Angueta Parentesco: Hermana Teléfono: 3115960717

Cronología de la enfermedad:
Fecha y hora del accidente de trabajo: N/A
fecha de reconocimiento de la enfermedad laboral: N/A
fecha del reconocimiento de la enfermedad general: Cirugia cadera hace 20 años, hace mucho
fecha y hora del accidente de transito: N/A
clínica de atención primaria: Siete Tejas
Exámenes diagnósticos realizados: IAC, Dx.
atención de médicos especialistas: Cirugia plastica, Cirugia, internista, Programa Cronico
tratamientos realizados: Terapeutico y farmacologico.
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias: Cuidado por riesgo de caida

Antecedentes:
Patologicos: Fractura de Cadera, Pie equino Traumaticos: Fractura de cadera
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Cirugia de cadera
Infecciosos: Infección urinaria Farmacologios: Eutirox, Levotiroxina, Losartan y Escitalopram

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

F= Funcional SF=Semifuncional NF=No Funcional NA=No aplica

Actividades de la Vida Diaria	Descripción
BÁSICAS	
Cuidado Personal	Baño y vestido asistido en su totalidad, vestido de miembros superiores sola, alimentación y arreglado independiente Semi funcional
Movilidad funcional	Traslado con ayuda de cuidador en casa y en exterior con silla de ruedas no puede subir y bajar escaleras. No funcional

Escaneado con CamScanner

Locomoción	
INSTRUMENTALES **Comunicación** **Comprensión** **Rutina de medicamentos** **Manejo del dinero** **Manejo del transporte** **Manejo del hogar**	Comunicación verbal efectiva, no lee ni escribe, los medicamentos son suplidos por familiar, conoce y puede navegar dinero pero no lo requiere, Se transporta con acompañamiento y no realiza labores domesticas por dolor//
TRABAJO	no realiza labor//

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					
*Esterognosia					
*Respuesta al dolor	X				
*Kinestesia					
*oclusión visual					
*Figura-fondo					
*Relaciones espaciales	X				
*Esquema Corporal	X				
	X				
Neuromuscular					
*Reflejo	X				

Escaneado con CamScanner

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

3. **Medidas Especiales**

Criterios	MSD	MSI
Distancia uña palma		
Distancia uña mesa		
Dolor		
Presentación (Continuo o intermitente)	NO	NO
Localización (Difuso, Localizado o irradiado)	N/A	N/A
Intensidad (Palpación, reposo o movimiento)	N/A	N/A

Observaciones:

4. **Funcionalidad**

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

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:
Escasa fuerza de dyital espacial

5. Sensibilidad

Criterio	MSD	MSI
Sensibilidad profunda	S	S
Sensibilidad superficial	S	S
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 semi-funcional en AVD; dependiente para ocupación a tratados. Dificultad en habilidades cognitivas de comprensión de instrucción y calculo.

8. Historia Ocupacional
Paciente que ve realiza actividad productiva, ni labores domesticas.

Nombre del terapeuta: Mª Angelica Gonzalez
Firma: Mª Angelica Gonzalez
N° de registro 1032388222

Escaneado con CamScanner

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA OCUPACIONAL

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de Terapia ocupacional, 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 Terapia ocupacional consiste en: (a usted se le realizará lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- ☐ Movimiento de las diferentes articulaciones
- ☐ Actividades terapéuticas para aumentar fuerza muscular
- ☐ Desarrollo de patrones funcionales (mano-parte del cuerpo)
- ☐ Entrenamiento de patrones integrales (mano-acción motora)
- ☐ Manejo de coordinación
- ☐ Control motor y conciencia corporal
- ☐ Manejo de sensibilidad
- ☒ Estimulacion sensorial
- ☒ Manejo de ritmos de trabajo
- ☒ Estimulacion cognitiva
- ☐ Otros

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 10% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede:

- Irritación, mareos o alergias
- Fatiga ante la demanda de la actividad
- Presentar dolor en las articulaciones

HUMANA VITAL S.A.S y sus profesionales no se hacen responsables de su tratamiento si:

- ✓ Usted no cumple con el número de teraplas 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: 01/07/21 Hora: 10:00 AM Nº de Teraplas: 6 Diagnóstico: Fractura de cadera

Yo Ana Isabel Gaqueta con documento de identidad: 20549784

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

Firma paciente

cc. 20549784

Firma profesional

cc. 1032358272 RP

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: 1 Julio - 2021

Firma: Ana Isabel Quayuet g

Nombre: Ana Isabel Quayuet g g

Número de identificación: 20549784

Escaneado con CamScanner

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

Nombre del paciente: Ana Elvira Gaqueta **Cedula:** 52662202

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: 1 Julio -2021 HORA 10:00 am Nº DE TERAPIAS 6

YO Ana Isabel Gaqueta CON CEDULA Nº 20549784

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.

Ana Isabel Gaqueta
CC: 20549784
Firma del paciente

Gabriel Garzón Ruiz
CC/ 52218958
firma de la representante legal

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Isabel Angarita Cuesta identificado con cc 20549784 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollan.

943

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana Elena Angarita ***IDENTIFICACION*** 52662202

FIRMA Ana Isabel Angarita.

FECHA: 1-10-21 ***HORA:*** 10:00 am ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

944

TERAPEUTA RESPONSABLE: Ma. Angélica Gouvêa

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Lidia Acuña Bocanegra IDENTIFICACIÓN 52662202

FECHA: 1 Julio-21 HORA: 10:00 a.m. ALCALDÍA X PARTICULAR_____ ARL_____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Ana Isabel Quiñones G.
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Ana Isabel Quiñones G
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Ana Isabel Quiñones G.
PLAN CASERO	Ana Isabel Quiñones G.
AUTORIZACIÓN DE REGISTRO FOTOGRÁFICO	Ana Isabel Quiñones G.

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 1 Julio 2021 HORA: 10:00 am

NOMBRE DEL PACIENTE: Julia Elvira Guaqueta Cédula: 52662202

DIAGNOSTICO: Secuelas de Polio, Pie equino y fractura de Cadera

DIRECCIÓN: Calle 14A # 24-26

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
1. Acueducto y alcantarillado	X	
2. Luz	X	
ESPACIO		
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: Mª Angelica Gonzalez Cedula: 1032358233

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Ana Isabel Guaqueta Cedula: 20549784

Parentesco del paciente: Hermana 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	0
	TOTAL	50

Escaneado con CamScanner