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

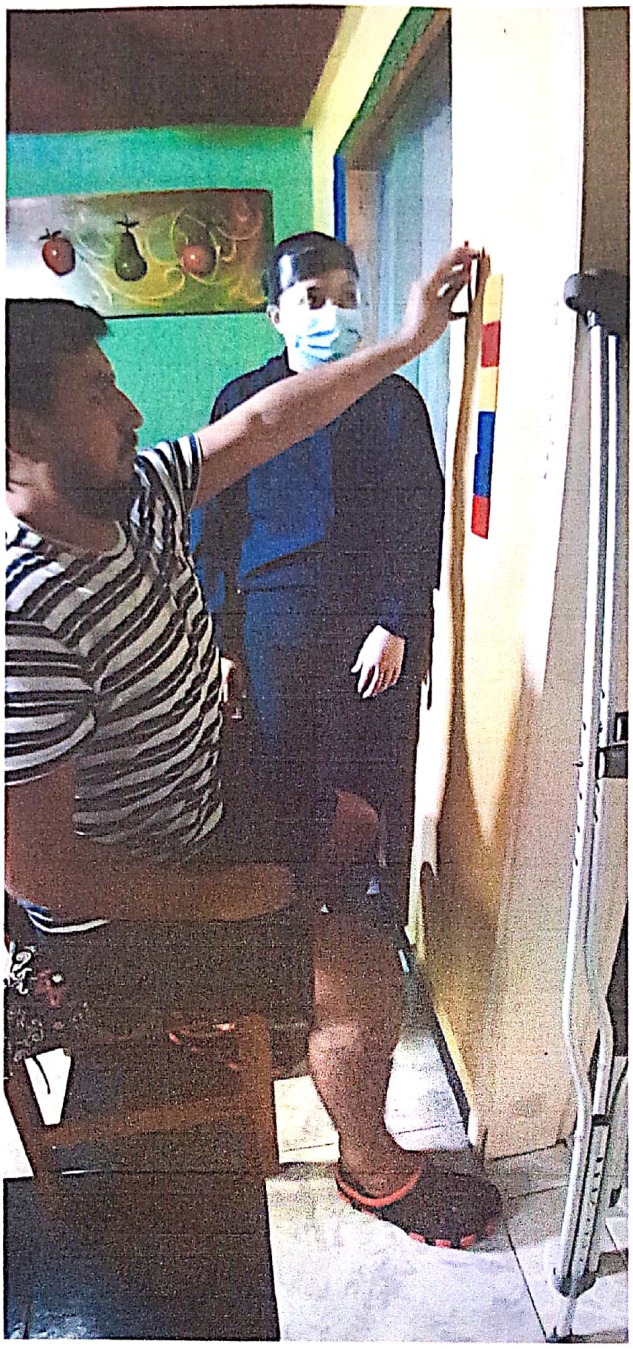
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Javier Camilo Alvarez

DIRECCIÓN: Cr 11A #16-88 **TELÉFONO:** 3209166427

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
03-07/21	5:00 pm	
09-07/21	3:00 pm	
08-07/21	11:00 am	
10-07/21	11:00 am	
12-07/21	12:00 pm	
13-07/21	8:00 am	

Escaneado con CamScanner

JAVIER CAMILO ALVAREZ MORENO CC 1.073.511.526



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, jueves, 15 de julio de 2021 00:00:01 **HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.073.511.526**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JAVIER CAMILO ALVAREZ MORENO
Identificación	CC 1.073.511.526 Edad: 28 años, 8 meses y 22 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) viernes, 23 de octubre de 1992
Residencia	FUNZA Dirección: KR 11 A # 16 - 88 Teléfono: 320 2 14 05 20
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	CARLOS ALVAREZ Parentesco: HERMANO Teléfono: 3124183597
Acompañante	PEDRO ALVAREZ Parentesco: PAPÁ Teléfono: 3104863842
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS008 - COMPESAR EPS Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: sábado, 3 de julio de 2021 5:00:55 p. m. - EDAD: 28 años, 8 meses y 21 días

ANTECEDENTES

- PERSONALES: No refiere
- PATOLOGICOS: Fractura de tibia derecha
Lesión de plexo braquial MSI
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: No refiere
- QUIRURGICOS: Cirugía de tibia
- 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 tibia derecha y lesión de plexo braquial en MSI con evolución de 7 meses por accidente automovilístico

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

HABILIDADES MOTORAS BASICAS

- Tono muscular disminuido: MSI Presente
- Fuerza muscular: MSD Presente MSI Presente
- Amplitud articular: MSD Presente MSI Ausente
- Sensibilidad: 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
- Fuerza en escritura: 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 Ausente
- 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

Escaneado con CamScanner

- Mano-Pie: MSD Presente MSI Presente

HABILIDADES SENSORIALES
- Seguimiento visual: SÍ
- Seguimiento auditivo: SÍ
- Tolera estímulo vesticular:SI
- Ajustes posturales: SÍ

HABILIDADES COGNITIVAS
- atención: SI
- Concentración: SÍ
- Comprensión de ordenes: SI
- Memoria: SÍ
- Calculo: SI
- Orientación en tiempo: SI
- Orientación en espacio: SÍ
- Iniciativa: SI
- Imitación creatividad: SÍ

HABILIDADES PROCESAMIENTO
- Tolerancia a la actividad: SI
- Tolerancia a la frustración: SI
- Seguimiento de instrucciones: SI
- Creatividad: SI

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

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Independiente
- Vestido: Independiente
- Higiene menor: Independiente
- Higiene mayor: Independiente
- Traslados: Semi-Independiente
- Transferencias: Independiente
- Hábitos y rutinas: 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 Regular
  Depresión: MSD Bueno MSI Regular
  Abducción y rotación: MSD Bueno MSI Regular
  Aducción: MSD Bueno MSI Regular
  Depresión y rotación: MSD Bueno MSI Regular
- HOMBRO
  Flexión: MSD Bueno MSI Regular
  Extensión: MSD Bueno MSI Regular
  Abducción: MSD Bueno MSI Regular
  Aducción horizontal: MSD Bueno MSI Regular
  Rotación interna: MSD Bueno MSI Regular
  Rotación externa: MSD Bueno MSI Regular
- CODO
  Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
  Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
- ANTEBRAZO
  Supinación: MSD Bueno MSI Bueno

Escaneado con CamScanner

Pronación: MSD Bueno MSI Bueno
- MUÑECA
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
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: S821-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 17:00 Hora de salida: 18:00 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. Paciente semi funcional en actividades de la vida diaria, requiriendo asistencia, habilidades motora finas y cognitivas adecuadas; dificultad para elevación y abducción de MSI por lesión de plexo braquial.
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 actividades de la vida diaria, requiriendo asistencia, habilidades motora finas y cognitivas adecuadas; dificultad para elevación y abducción de MSI por lesión de plexo braquial.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se entrega plan casero
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: miércoles, 7 de julio de 2021 3:00:14 p. m. - EDAD: 28 años, 8 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15:00 Hora de salida: 16:00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad motora fina en plano inclinado y patrones integrales a nivel de alcance, evidenciando un buen desempeño.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar
HABILIDADES SENSORIALES: Propioceptivo
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
Movimiento articular voluntario con elevación de hombro y abducción de MSI
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: S821-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
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 11:00:48 a. m. - EDAD: 28 años, 8 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:00 Hora de salida: 12:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad motora fina en plano inclinado, patrones integrales a nivel de alcance y cruce de línea media, evidenciando un buen desempeño.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar
HABILIDADES SENSORIALES: Propioceptivo
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad

Escaneado con CamScanner

Movimiento articular voluntario con elevación de hombro, abducción de MSI y cruce de línea media.
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: S821-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: sábado, 10 de julio de 2021 11:00:12 a. m. - EDAD: 28 años, 8 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:00 Hora de salida: 12:00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de copia de figura en plano inclinado y patrones integrales a nivel de alcance, evidenciando un buen desempeño.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar
HABILIDADES SENSORIALES: Propioceptivo
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
Movimiento articular voluntario con elevación de hombro y abducción de MSI
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: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: S821-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA 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 12:00:09 p. m. - EDAD: 28 años, 8 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 Hora de salida: 13:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de asociación de fichas por funcionalidad en plano inclinado, propendiendo elevación y abducción de MSI, al igual que cruce de línea media, evidenciando un buen desempeño.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar
HABILIDADES SENSORIALES: Propioceptivo
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
Movimiento articular voluntario con elevación de hombro y abducción de MSI
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: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: S821-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA 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 8:00:13 a. m. - EDAD: 28 años, 8 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 9:00 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad motora fina y de manejo de espacio en plano inclinado, propendiendo elevación y abducción de MSI, al igual que cruce de línea media, evidenciando un buen desempeño.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar
HABILIDADES SENSORIALES: Propioceptivo
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
Movimiento articular voluntario con elevación de hombro y abducción de MSI
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina ciclo de teraplas, evidenciando mayor resistencia y amplitud articular en MSI, logrando un mayor rango articulatorio en elevación y abducción de MSI; se sugiere dar continuidad al proceso con Fisioterapia. Se culmina sin complicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS

Escaneado con CamScanner

Principal: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: S821-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

Mª Angelica Gonzalez F

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: Javier Camilo Alvarez DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073571526

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
03/07/21	5:00pm	Se realiza valoración y se brinda información del servicio// Ma Angelica Gonzalez
07/07/21	2:00pm	Se realiza protocolo de desinfección y medidas de bioseguridad contra COVID19. Se realiza actividad en plano inclinado y patrones integrales de movimiento, al igual que actividad cognitiva se educa sobre su condición. Ma Angelica Gonzalez
08/07/21	11:00am	Se realiza protocolo de desinfección y medidas de bioseguridad contra COVID19. Se realiza actividad de elevación de MST en plano inclinado. Se educa sus complicaciones// Ma Angelica Gonzalez
10/07/21	11:00am	Se realiza protocolo de desinfección y medidas de bioseguridad contra COVID19. Se realiza actividad en plano inclinado fortalecimiento elevación de MST. Se educa sus complicaciones Ma Angelica Gonzalez
12/07/21	12:00pm	Se realiza protocolo de desinfección y medidas de bioseguridad para COVID19. Se realiza actividad cognitiva y patrones integrales de movimiento se educa sus complicaciones// Ma Angelica Gonzalez
13/07/21	8:00am	Se realiza protocolo de desinfección y medidas de bioseguridad para COVID19. Se realiza actividad motora fina y de manejo de espacio en plano inclinado. Se educa ejercicio terapéutico orientado a mayor amplitud articular y resistencia en MSD se educa sus complicaciones// Ma Angelica Gonzalez

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 1073511526 Fecha de ingreso: 03/07/21
Apellidos: Alvarez Moreno Nombres: Javier Camilo
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 1073511526
Fecha de nacimiento: Día: 23 Mes: 10 Año: 1992 sexo: F: ___ M: X Estado civil: Soltero Municipio: Funza Barrio: Serenas
Dirección: Cr 11A #16-88 Teléfono fijo: ___ Móvil: 3209966427
Correo electrónico: ___ ocupacion: Empleado
Entidad de salud: Compensar Vinculación: Contributivo Empresa: ___
N° de terapias: 6 Diagnostico: Fractura de tibia derecha y lesión de Plexo braquial
Acompañante: Bertha Moreno 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: ___
fecha y hora del accidente de transito: ___
clínica de atención primaria: ___
Exámenes diagnósticos realizados: Rx
atención de médicos especialistas: Ortopedista
tratamientos realizados: ___
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias: ___

Antecedentes:
Patologicos: Fractura de tibia y lesión plexo Traumaticos: Fractura de tibia
Toxico-alergicos: ___ Quirúrgicos: Cirugia de tibia-Epifisis
Infecciosos: Niega Farmacologios: Niega

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

Actividades de la Vida Diaria BÁSICAS	Descripción
Cuidado Personal	Funcional
Movilidad funcional	Semi-funcional

Escaneado con CamScanner

Locomoción	Semi-funcional
INSTRUMENTALES	
Comunicación Comprensión Rutina de medicamentos Manejo del dinero Manejo del transporte Manejo del hogar	Funcional
TRABAJO	Se desempeña como asesor comercial de entidad bancaria//

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	X				
*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	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)	C	C
Localización (Difuso, Localizado o irradiado)	L	L
Intensidad (Palpación, reposo o movimiento)	M	M

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	X			X			
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:

5. Sensibilidad

Criterio	MSD	MSI
Sensibilidad profunda		
Sensibilidad superficial		
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 adecuadas habilidades motoras y cognitivas, funcional en AVD, con carga articular disminuido en MSI por lesión de plexo braquial.

8. Historia Ocupacional

Paciente que se desempeña como asesor comercial de entidad bancaria, quien adicionalmente se encuentra incapacitado por proceso de recuperación y rehabilitación.

Nombre del terapeuta: MA Angelica Gonzalez

Firma: MA Angelica Gonzalez

N° de registro 1032418273

Escaneado con CamScanner

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

Nombre del paciente: Javier Camilo Alvarez **Cedula:** 1073511526

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: 03/07/21 HORA 5:00pm Nº DE TERAPIAS 6

YO Javier Camilo Alvarez CON CEDULA Nº 1073511526

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: 1073511526
Firma del paciente

cc/ 52 218 958
firma de la representante legal

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)

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

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 30% 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 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: 03/07/21 Hora: 5:00p.m Nº de Terapias: 6 Diagnóstico: lesión de plexo braquial fractura de tibia

Yo Lauren Camila Alvarez con documento de identidad: 1073511526

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. 1073511526

Firma profesional

cc. 1032378273 RP

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: 03/07/21

Firma: _____

Nombre: Javier Camilo Alvarez

Número de identificación: 1073511026

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

962

Yo Javier Camilo Alvarez identificado con cc 1073571526 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: Javier Camilo Alvarez ***IDENTIFICACION*** 1073571526

FIRMA _____

FECHA: 03/09/21 ***HORA:*** 5:00pm ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Ma Angelica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Javier Alvarez IDENTIFICACIÓN 1073571526

FECHA: 03/07/21 HORA: 5:00pm ALCALDÍA X 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

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 03/07/21 HORA: 5:00pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Javier Camilo Alvarez Cédula: 1073511526

DIAGNOSTICO: Fractura de fibula

DIRECCIÓN: Cra 11A # 16-88

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: TF Angelica Gonzalez Cedula: 1032358223

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Javier Camilo Alvarez Cedula: 1073511526

Parentesco del paciente: A nombre propio 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	0
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	10
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	0
	TOTAL	25

Escaneado con CamScanner