	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
Humano Vital S.A.S	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: Israel Gaitan Villamil

DIRECCIÓN: cll 19 #64-83 **TELÉFONO:** 3202447271

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
15/07/21	10:00 Am	
16/07/21	10:00 Am	
17/07/21	9:00 Am	
18/07/21	9:00 Am	
19/07/21	9:00 Am	
20/07/21	9:00 Am	
21/07/21	9:00 Am	
22/07/21	9:00 Am	
23/07/21	9:00 Am	
24/07/21	9:00 Am	

Escaneado con CamScanner

ISRAEL GAITAN VILLAMIL

CC: 79130460



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, domingo, 25 de julio de 2021 20:25:04

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 79.130.460

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ISRAEL GAITAN VILLAMIL
Identificación	CC 79.130.460 Edad: 68 años, 1 meses y 21 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) jueves, 04 de junio de 1953
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 19 # 6 -83 Teléfono: 3118048953/3202447172
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	NO REFIERE Parentesco: NO REFIERE Teléfono: NO REFIERE
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: Masculino

FECHA CONSULTA: jueves, 15 de julio de 2021 7:32:58 p. m. - EDAD: 68 años, 1 meses y 21 días

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No refiere

HOSPITALARIOS: No refiere

QUIRURGICOS: Amputacion de miembro inferior derecho

TRAUMATICOS: Caídas

TOXICO ALERGICOS: No refiere

FARMACOLOGICOS: Losar tan

PATOLOGICOS: Hipertensión

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia, refiere " Me dio meningitis, poliomielitis y me amputaron la pierna derecha"

DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico amputación traumática a nivel de la rodilla y meningitis, a la edad de 4 años

OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en compañía de familiar, dependiente total de silla de ruedas con hemiparesia de miembro superior izquierdo

DOLOR: Manifiesta NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)

HOMBRO -> FLEXION: derecho: 150° FLEXION: izquierdo: 20° EXTENSION: derecho: 40° EXTENSION:izquierdo: 10° ABDUCCION: derecho: 150° ABDUCCION: izquierdo: 20° ADUCCION: derecho: 0° ADUCCION: izquierdo: 0° ROTACION INTERNA: derecho: 50° ROTACION INTERNA: izquierdo: 0° ROTACION EXTERNA: derecho: 50° ROTACION EXTERNA: izquierdo: 0°

CODO -> FLEXION: derecho: 100° FLEXION: izquierdo: 0° EXTENSION: derecho: 0° EXTENSION: izquierdo: 0°

EXAMEN MUSCULAR

Articulación: Hombro Movimiento: Flexión Musculo: Deltoides anterior Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 1+

Articulación: Hombro Movimiento: Abducción Musculo: Deltoides medio, Deltoides posterior Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 1+

Articulación: Hombro Movimiento: Abducción Musculo: Deltoides medio, Deltoides posterior Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 1+

Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación izquierda: 2

Articulación: Cadera Movimiento: Abducción Musculo: Sartorio, Glúteo medio Calificación izquierda: 2

RETRACCIONES

Hombro: Deltoides anterior Moderado

Codo: Bíceps braquial Moderado

Rodilla: Bíceps crural Moderado

CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA

VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

VISTA LATERAL: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Lordosis cervical: NORMAL Cifosis dorsal: NORMAL Lordosis lumbar: NORMAL Pelvis: NORMAL Abdomen: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas

COORDINACION: Fina (viso manual): REGULAR Gruesa (visopedica): MALA

EQUILIBRIO DINAMICO: MALO

EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO

EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO

Escaneado con CamScanner

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 Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico médico de amputación traumática a nivel de rodilla, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías de rangos de movilidad articular, desempeño muscular, marcha, locomoción y balance lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: S880-AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Extensores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Supinación Mano, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia MANEJO DE: Agarres, Prensas
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: viernes, 16 de julio de 2021 7:49:43 p. m. - EDAD: 68 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Supinación Mano, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S880-AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 17 de julio de 2021 7:50:51 p. m. - EDAD: 68 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Supinación Mano, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S880-AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

Escaneado con CamScanner

Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: domingo, 18 de julio de 2021 7:51:15 p. m. - EDAD: 68 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de Ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Supinación Mano, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S880-AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: lunes, 19 de julio de 2021 7:54:33 p. m. - EDAD: 68 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de Ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores Internos, Flexores, Extensores, Abductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Supinación Mano, Dorsiflexión, Inver y ever,
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S880-AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 20 de julio de 2021 8:03:56 p. m. - EDAD: 68 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de Ingreso: 6 Hora de salida: 10 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Extensores, Abductores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Supinación Mano, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios excéntricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S880-AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 21 de julio de 2021 8:05:46 p. m. - EDAD: 68 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de Ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores

Escaneado con CamScanner

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

ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Rotadores internos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Supinación Mano, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S880-AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: Jueves, 22 de julio de 2021 8:09:51 p. m. - EDAD: 68 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 8
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Lampara infrarroja: 5 MIN Electro estimulador: 5 MIN Termoterapia: 5 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Abductores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Supinación Mano, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S880-AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 23 de julio de 2021 8:18:33 p. m. - EDAD: 68 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 9
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Supinación Mano, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: fortalecimiento con banda elástica amarilla
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S880-AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 24 de julio de 2021 8:19:02 p. m. - EDAD: 68 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 10
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Supinación Mano, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural

Escaneado con CamScanner

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

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero):
Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:
-Paciente quien no refiere dolor
- Se mantienen rangos de movilidad articular para miembros superiores según calorificación inicial f
- No se evidencia edema ni inflamación
- paciente quien es dependiente total de silla de ruedas para traslados y desplazamientos
- Desempeño muscular para agonistas y antagonistas de miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo con calificación de 2/5 según escala de Daniels.
- continúan retracciones musculares moderadas para deltoides medio, tríceps y bíceps de forma bilateral
- mejoro levemente propiocepción viso manual

Se recomienda control con médico tratante y continuar con Fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S880-AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA 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. 900.217.648-1

Fr: Sindy Fernández
Rm: 029562

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Israel Caitán Villamil DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 79730460

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
25/07/21	10:00 pm	paciente inicia ciclo de sesiones de fisioterapia, a la valoración inicial se evidencia paciente dependiente total de silla de ruedas, limitación total del movimiento en mmss derecho. amputación de mmii derecho, retracciones musculares severas en isquiotibiales, cuadriceps, gemelos, disempeño muscular de 2/5 sin escala de daniels, presenta alteración en equilibrio dinámico y estático, se moviliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández Rm: 029502
26/07/21	10:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss derecho y mmii izquierdo, adicionales ejercicios de propiocepción visomanual, se moviliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029502
27/07/21	9:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular activo-asistido diagonales de kabbat, ejercicios de pinzas y agarres, fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elastica amarilla, se moviliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029502
28/07/21	9:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular de miembro superior e inferior ejercicios de propiocepción visomanual, fortalecimiento isométrico con balón, se moviliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029502
29/07/21	9:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular, estiramientos musculares descargas de peso, higiene postal, ejercicios de propiocepción visomanual, se moviliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029502
30/07/21	9:00 pm	se realizan ejercicios de movilidad articular activo-asistido, diagonales de kabbat, ejercicios de pinzas y agarres, fortalecimiento muscular isométrico haciendo uso de balón, se moviliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029502
31/07/21	9:00 pm	se realizan ejercicios de movilidad articular de forma activo-asistida, diagonales de kabbat, fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elastica amarilla, se moviliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029502
01/08/21	9:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular activo-asistida descargas de peso, diagonales de kabbat, fortalecimiento muscular y ejercicios de propiocepción visomanual, se moviliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029502
02/08/21	9:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular para mmss derecho y mmii izquierdo de forma activo-asistida, diagonales de kabbat en mmss, fortalecimiento isométrico con balón, ejercicios de pinzas y agarres se moviliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández Rm: 029502
03/08/21	9:00 pm	paciente quien continua ciclo de sesiones de terapia física a la valoración inicial se evidencia paciente quien presenta limitación severa de mmss derecho, paciente quien presenta amputación de mmii derecho y limitación de mmss derecho, disminución muscular de 2/5 sin escala de daniels para mmss y mmii, paciente quien es dependiente total de silla de ruedas, gran desplazamientos y se evidencia alteración muscular en mmss derecho, regular fortalecimiento propiocepción visomanual, se moviliza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029502

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 79730460 Fecha de ingreso: 15/07/21
Apellidos Cortés villamil Nombres Israel
Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 79730460 Sexo: F ___ M X
Fecha de nacimiento: Día: 2 Mes: 06 Año: 1953 Estado civil: soltero
Municipio: Funza Barrio: Mesico Dirección: Cll 19 #6A-83
teléfono fijo: N.R Móvil: 3202442271 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupàción: N.R
EPS: Convida Contributivo: ___ Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Amputación a nivel de rodilla CIE10 S880 Nº teraplas 10
Acompañante: Carlos Cortes Parentesco: Hermano Teléfono ___

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

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: meningitis hace 4 años de edad

Clínica de atención primaria: policlinica Usme

Exámenes diagnósticos realizados: resonancias

Atención de médicos especialistas: ortopedista, cirujano

Tratamientos realizados: ___

Recomendaciones: ___

Resumen: " me dio meningitis, llego paralisis y me amputaron la pierna derecha"

ANTECEDENTES:

Patológicos: Hipertensión Traumáticos: Caida
Toxico - alérgicos: no Quirúrgicos: amputacion
Infecciosos: Tosarron Farmacológicos: ___

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: NO

Escala Análoga Verbal ___

Sensibilidad Superficial: ausente

Sensibilidad profunda: ausente

Espasmo: — Edema: — Inflamación: —

Escaneado con CamScanner

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

Retracciones Musculares: Secuelas

Atrofias musculares: mmss izquierdo
Tono: —

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo _ Pie sobre el plano _ Postura intermedia _ Impulso _
Fase de balanceo: Aceleración _ Oscilación _ Desaceleración _
Aditamentos para la marcha: Silla de ruedas
Esferas mentales superiores: conservadas
Nivel de conciencia:

Memoria: conservada
Lenguaje: conservada

PRAXIAS	
Constructiva	NO
Marcha	NO
Vestirse	✓
Buco – linguo – facial	✓
Escritura	✓

Movimientos involuntarios patológicos:

GNOSIAS		
Simples	Gustativas	✓
	Visuales	✓
	Olfativas	✓
	Auditivas	✓
Complejas	Visoespaciales	✓
	Esquema corporal	✓

NO presenta

Movilidad articular:

Limitado en mmss izquierdo debido a secuelas de poliomielitis en la infancia

Coordinación: alterada

Equilibrio: alterada

Postura o actitud postural: sedente

Otros sistemas: —

Observaciones:

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio osteomuscular en categoría de ROM, descompensación muscular, marcha, locomoción y balance que lo limitan al ejecutar AVD.

Firma terapeuta: Sindy Fernández **Registro:** 12562

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) 30% 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: 25/07/21 Hora 10:00 am N° de terapias: 10 Diagnostico: Amputación de rodilla

Yo Carlos German Castax V. con documento de identidad: 19294842 como (parentesco con el paciente)_____ en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) _____ con documento de identidad (del paciente) _____ 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 19294842

Sindy Fernández

Firma de la terapeuta

Cc. 1073516337 Registro 029562

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: 15/07/21

Firma:

Nombre: CARLOS GERMAN GAITAN VILLAMIL

Número de identificación: 19294848

Escaneado con CamScanner

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

Nombre del paciente: Israel Bairio Villamil Cedula: 79230460

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: 15/09/21 HORA 10:00 Am Nº DE TERAPIAS 10

YO Carlos Germán Gaitán V CON CEDULA Nº 19294342

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: 19294842
Firma del paciente

CC/ 52218958
firma de la representante legal

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

Yo Carlos Germán Gaitán Villamil identificado con cc 1129484 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: Israel Gaitan Villamil **IDENTIFICACION** 79730460

FIRMA

FECHA: 15/07/21 **HORA:** 10:00 **ALCALDIA** X **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Israel Gaban IDENTIFICACION 79730460

FECHA: 15/07/21 HORA: 10:00 am ALCALDIA ✓ PARTICULAR_____ ARL_____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
POLITICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	
PLAN CASERO	
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 15/07/21 HORA: 10:00 Am

NOMBRE DEL PACIENTE: Israel Gaitán Villamil Cédula: 79130460

DIAGNOSTICO: Amputación traumática a nivel de rodilla

DIRECCIÓN: Calle 79 # 69-83

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: 1023576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Carlos G Gaitán Cedula: 19294842

Parentesco del paciente: Hermano 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	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	20
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	0
	TOTAL	20

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 25/02/21 HORA: 9:00 Am

NOMBRE DEL PACIENTE: Marcela Rodriguez Cortez Cédula: 20477955

DIAGNOSTICO: Artrosis

DIRECCIÓN: cra 79A # 75-27

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 D. Fernández Cedula: 1073576331

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Esmeralda Flórez R Cedula: 51783917

Parentesco del paciente: Hija Firma: Esmeralda Flórez R

Escaneado con CamScanner