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: Ma Gabriela Garzón Hernandez

DIRECCIÓN: Cll 11 # 19A-58 Mz 8 Bloque 4 Apto. 203 **TELÉFONO:** 3213411036

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
1 Julio 2021	2:00 pm	[firma]
8 Julio 2021	1:00 pm	[firma]
10 Julio 2021	12:00 pm	[firma]
13 Julio 2021	2:00 pm	[firma]
14 Julio 2021	2:00 pm	[firma]
15 Julio 2021	12:00 pm	[firma]
16 Julio 2021	4:00 pm	[firma]

Escaneado con CamScanner

827

MA. GABRIELA GARZON

CC 106003743



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, sábado, 31 de julio de 2021 01:18:17 **HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.016.003.743**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARIA GABRIELA GARZON HERNANDEZ
Identificación	CC 1.016.003.743 Edad: 16 años, 1 meses y 19 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) domingo, 12 de junio de 2005
Residencia	FUNZA Dirección: CR 8 NRO 5A 40 Teléfono: 3213411036
Ocupación	HOGAR
Responsable	- Parentesco: FAMILIAR Teléfono: 3213411036
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo afiliación: SUBSIDIADO

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 2:00:08 p. m. - EDAD: 16 años, 1 meses y 14 días

ANTECEDENTES

- PERSONALES: Alérgica a la Carbamazepina
- PATOLOGICOS: Retraso en el desarrollo psicomotor

Malformaciones intracraneales

Autismo

- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: Risperidona, Oxcarbazepina, Acido Valproico y Clorfenamina
- QUIRURGICOS: Gastrostomía y Cirugía de tímpano
- 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 retraso en el desarrollo y malformaciones intracraneales y autismo de nacimiento

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

HABILIDADES MOTORAS BASICAS

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

HABILIDADES MOTORAS GRUESAS

- Control cefálico: SI
- Posición supino:SI
- Posición prono:SI
- Posición lateral:SI
- Posición sedente:SI
- Posición de rodillas:NO
- Posición cuadrúpeda:NO
- Posición bípeda:SI

DESPLAZAMIENTO

- Marcha:SI

IMAGEN CORPORAL

- Reconocimiento:NO
- Concepto:NO

HABILIDADES GRAFOMOTORAS

- Dominancia manual: MSD Ausente MSI Ausente
- Corta con tijeras: MSD Ausente MSI Ausente
- Realiza una torre: MSD Presente MSI Presente
- Hace garabateo: MSD Presente MSI Presente
- Hace enhebrado: MSD Presente MSI Presente
- Hace encajado: MSD Presente MSI Presente
- Rasgado de papel: MSD Presente MSI Presente
- Fuerza en escritura: MSD Ausente MSI Ausente
- Fuerza en coloreado: MSD Presente MSI Presente

PATRONES INTEGRALES

- Alcanzar: MSD Presente MSI Presente
- Lanzar: MSD Presente MSI Presente

Escaneado con CamScanner

- Agarre cilindrico: MSD Presente MSI Presente
- Agarre cilindrico: MSD Presente MSI Presente
- Agarre a mano llena: MSD Presente MSI Presente
- Agarre a mano llena: MSD Presente MSI Presente
- Agarre digito palmar: MSD Presente MSI Presente
- Agarre digito palmar: MSD Presente MSI Presente
- Agarre digito-digital: MSD Presente MSI Presente
- Agarre digito-digital: MSD Presente MSI Presente
- Gancho: MSD Presente MSI Presente
- Gancho: MSD Presente MSI Presente
- Pinza fina: 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

- Fijación visual:NO
- Seguimiento visual:NO
- Percepción visual:SI
- Seguimiento auditivo:SI
- Responde al nombre:SI
- Ajustes posturales:SI
- Reacciones protectivas:NO

HABILIDADES COGNITIVAS

- Atención:NO
- Concentración:NO
- Comprensión de ordenes:SI
- Memoria:SI
- Calculo:NO
- Orientación en tiempo:NO
- Orientación en espacio:NO
- Iniciativa:NO
- Imitación creatividad:NO

HABILIDADES PROCESAMIENTO

- Tolerancia a la actividad:NO
- Tolerancia a la frustración:NO
- Seguimiento de instrucciones:SI
- Creatividad:NO

HABILIDADES SOCIALES

- Interactúa con familia:SI
- Interactúa con otros:SI

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

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

OBSERVACIONES: Ausencia de lenguaje verbal

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR

- CUELLO

Rotación derecha: Bueno
Rotación Izquierda: Bueno
Inclinación derecha: Bueno
Inclinación izquierda: Bueno
Flexión: Bueno
Extensión: Bueno

Escaneado con CamScanner

- 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
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: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F841-AUTISMO ATIPICO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14:00 Hora de salida: 15:00 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. Se culmina sin complicaciones
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: jueves, 8 de julio de 2021 1:00:56 p. m. - EDAD: 16 años, 1 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13:00 Hora de salida: 14:00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de asociación, memoria y seguimiento de instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, 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: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO

Escaneado con CamScanner

Relacionado1: F841-AUTISMO ATIPICO 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 12:00:39 p. m. - EDAD: 16 años, 1 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 Hora de salida: 13:00 No. de seslón: 3
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad sensorial con estimulación táctil con diferentes texturas, favoreciendo discriminación táctil y atención.
TRABAJO REALIZADO: PATRONES INTEGRALES: Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
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: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F841-AUTISMO ATIPICO 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 2:00:10 p. m. - EDAD: 16 años, 1 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14:00 Hora de salida: 15:00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de motricidad fina, propendiendo el agarre de pinza y seguimiento de instrucciones simples.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Pinzas
HABILIDADES COGNITIVAS: Comprensión de ordenes
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: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F841-AUTISMO ATIPICO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: miércoles, 14 de julio de 2021 2:00:01 p. m. - EDAD: 16 años, 1 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14:00 Hora de salida: 15:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de elaboración de bolsas sensoriales con diferentes texturas, la paciente se evidencia somnolienta y con poca disposición para la actividad.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Auditiva, Táctil
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
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: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F841-AUTISMO ATIPICO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: Jueves, 15 de Julio de 2021 12:00:10 p. m. - EDAD: 16 años, 1 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 Hora de salida: 13:00 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de ensartado de pines en tablero, asociado a relacionar número con cantidad; al igual que seguimiento de instrucciones simples.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado
PATRONES INTEGRALES: Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva

Escaneado con CamScanner

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

HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Comprensión de órdenes, Calculo
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: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F841-AUTISMO ATIPICO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: viernes, 16 de julio de 2021 4:00:31 p. m. - EDAD: 16 años, 1 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16:00 Hora de salida: 17:00 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de elaboración de botella multisensorial, brindando estímulo a la sistema táctil, visual y auditivo.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado
PATRONES INTEGRALES: Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Imitación creatividad
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina ciclo de terapias evidenciando un adecuado procesamiento sensorial a nivel táctil y visual, al igual que una leve mejoría en el seguimiento de instrucciones y habilidades motoras finas.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F841-AUTISMO ATIPICO 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. 900.217.648-1

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Ma Gabriela Garzón DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1016003743

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
1 Julio 21	2:00pm	Se realiza valoración inicial y se brinda información del servicio, Ma Angelica Gonzalez
8 Julio/21	1:00pm	Se realiza protocolo de desinfección y medidas de bioseguridad para COVID19 Se realiza actividad de asociación y memoria se finaliza sin complicaciones. Ma Angelica Gonzalez
10 Julio/21	12:00pm	Se realiza protocolo de desinfección y medidas de bioseguridad. Se realiza actividad de estimulación sensorial facial con diferentes texturas se finaliza sin complicaciones. Ma Angelica Gonzalez
13 Julio/21	2:00pm	Se realiza protocolo de desinfección y medidas de bioseguridad. Se realiza actividad de seguimiento de instrucciones sencillas y motricidad fina. Se finaliza sin complicaciones. Ma Angelica Gonzalez
14 Julio/21	2:00pm	Se realiza protocolo y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad sensorial de trabajo con texturas en bolsas sensoriales, la paciente se encuentra somnolienta y refiere no haber logrado conciliar el sueño. Se finaliza sin complicaciones. Ma Angelica Gonzalez
15 Julio/21	12:00pm	Se realiza protocolo y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19 Se realiza actividad de reconocimiento corporal y ensartado de pitos en tablero, al igual seguimiento de instrucciones. Se finaliza sin complicaciones. Ma Angelica Gonzalez
16 Julio/21	4:00pm	Se realiza protocolo y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19 Se realiza actividad sensorial facial visual y auditiva, con elaboración de botella multisensorial se finaliza ciclo terapéutico evidenciando una mejoría en el seguimiento de instrucciones y reconocimiento de habilidades motoras finas al cual que responsa ante estímulos sensoriales faciales. Se finaliza sin complicaciones. Ma Angelica Gonzalez

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 1016003743 Fecha de ingreso: 1 Julio 2021
Apellidos: Garzon Hernandez Nombres: Maria Gabriela
Documento de identidad: Tipo: TI Número: 1016003743
Fecha de nacimiento: Día: 12 Mes: 06 Año: 2001 sexo:F: X M: ____ Estado civil: Soltera Municipio: Funza Barrio: Las Vaugas
Dirección: C11 11 #19A-38 Teléfono fijo: ____ Móvil: 3213411036
Correo electrónico: ____ ocupacion: Ninguna
Entidad de salud: Famisanar Vinculación: S.de Cotriba Empresa: ____
N° de terapias: 7 Diagnostico: Retraso en el desarrollo, Malformaciones Intolerancias Asmo.
Acompañante: Orlando Garzón Parentesco: Padre Teléfono: 3213411036

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: De nacimiento
fecha y hora del accidente de transito: N/A
clínica de atención primaria: Clinica Subsidio de Funza
Exámenes diagnósticos realizados: ____
atención de médicos especialistas: Neurologia, Psicologia, Urologia
tratamientos realizados: Terapeuticos y farmacologicos.
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias: Mantener proceso terapeutico.

Antecedentes:
Patologicos: Retraso en el desarrollo Traumaticos: Niega
Toxico-alergicos: Carbamazepina Quirúrgicos: Gastrostoma, Traqueo.
Infecciosos: Varicela Farmacologios: Risperidona, Oxcarbazepina, Acido valproico, Clorferinamina

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

Actividades de la Vida Diaria	Descripción
BÁSICAS	
Cuidado Personal	NEU + NEO funcional
Movilidad funcional	NEO funcional

Escaneado con CamScanner

Locomoción	
INSTRUMENTALES Comunicación Comprensión Rutina de medicamentos Manejo del dinero Manejo del transporte Manejo del hogar	
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					
*Esterognosia					
*Respuesta al dolor					
*Kinestesia			X		
*oclusión visual					
*Figura-fondo					
*Relaciones espaciales					
*Esquema Corporal					
Neuromuscular					
*Reflejo					

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 digito digital							
Agarre interdigital							
Agarre a mano llena							
Enganche							

Escaneado con CamScanner

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

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 diagnostico de Retraso en el desarrollo y pasos curtas, dependiente en ABVD, con alteración cognitiva.

8. Historia Ocupacional

Paciente que no desempeña labor.

Nombre del terapeuta: Ma Angelica Gaitan

Firma: Ma Angelica Gaitan-T

N° de registro 1032358273

Escaneado con CamScanner

838

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

Nombre del paciente: Ma Gabriela Garzón **Cedula:** 1016003743

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 2:00 pm Nº DE TERAPIAS 7

YO Orlando Garzón CON CEDULA Nº 80495560

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: 80495560
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)

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

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 100% 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: 01/07/21 Hora: 2:00pm Nº de Terapias: 7 Diagnóstico: retraso en el desarrollo

Yo Orlando Gonzalez con documento de identidad: 80495560

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

Orlando

Firma paciente

cc. 80495560

Mª Angelica Gonzalez

Firma profesional

cc. 1032389273 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: 1 Julio 2021

Firma:

Nombre: Orlando Garzon

Número de identificación: 80495860

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

Yo Orlando Garzón identificado con cc 80.495.560 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: Ma Gabriela Garzón **IDENTIFICACION** 1016003743

FIRMA

FECHA: 11/Jun/21 **HORA:** 2:00pm **ALCALDIA** X **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Escaneado con CamScanner

842

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Mg Angelica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Mg Gabriela Garzon IDENTIFICACIÓN 1016003743

FECHA: 1 Julio 21 HORA: 2:00 pm 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: 1 Julio 2021 HORA: 2:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Ma Gabriela Garzón Cédula: 1016003743

DIAGNOSTICO: Retraso en el desarrollo, autismo.

DIRECCIÓN: Cll 11 # 19A-58 Mz 8 Bloque 4 Apto 203

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 Garcia Cedula: 1032378273

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Orlando Garzón Cedula: 80495560

Parentesco del paciente: Padre Firma: Orlando

Escaneado con CamScanner

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

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0 SI Puntaje 25	25
Diagnostico secundario	NO Puntaje 0 SI Puntaje 15	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	90

Escaneado con CamScanner