978

	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSIÓN: 01	CÓDIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACIÓN: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MAYO 2019

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Delly Raquel Guevara

DIRECCIÓN: Calle 15 # 23-61 TELÉFONO: 3143130537

FECHA	HORA	PERSONA ENCARGADO
03/08/21	15:00	Delly Cano Sanz
04/08/21	15:00	Delly Cano Sanz
05/08/21	13:00	Delly Cano Sanz
06/08/21	14:00	Delly Cano Sanz
07/08/21	13:00	Delly Cano Sanz
09/08/21	14:00	Delly Cano Sanz
10/08/21	13:00	Delly Cano Sanz

Escaneado con CamScanner

NELLY RAQUEL GUEVARA

C.C. 1073508639



Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emision: FUNZA, miércoles, 11 de agosto de 2021 22:57:53

HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.073.506.659

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	NELLY RAQUEL GUEVARA CARREÑO
Identificación	CC 1.073.506.659 Edad: 34 años, 0 meses y 28 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) martes, 14 de julio de 1987
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 15 # 21 - 61 Teléfono: 3143130537
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	NELLY SUESA Parentesco: MAMA Teléfono: 3143130537
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: martes, 3 de agosto de 2021 3:00:11 p. m. - EDAD: 34 años, 0 meses y 28 días

ANTECEDENTES

- PERSONALES: Fractura de codo derecho
- PATOLOGICOS: Sindrome de Down
Retardo mental leve
Obesidad
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: Salbutamol, Beclometasona, Enalapril, Clopidogrel, Carvedilol, Omeprazol, ASA, Atorvastatina y Losartan
- QUIRURGICOS: No refiere
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Ninguna

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

POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con diagnóstico de Sindrome de Down, Retardo mental leve y Obesidad.

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

HABILIDADES MOTORAS BASICAS
- Fuerza muscular: MSD Presente MSI Presente
- Amplitud articular: MSD Presente MSI Presente

DESPLAZAMIENTO
- Marcha:SI

IMAGEN CORPORAL
- Reconocimiento:SI

HABILIDADES GRAFOMOTORAS
- Dominancia manual: MSD Presente MSI Presente
- Corta con tijeras: MSD Presente MSI Presente
- 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 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

Escaneado con CamScanner

- 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:SI
- Seguimiento auditivo:SI
- Responde al nombre:SI
- Ajustes posturales:SI

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

HABILIDADES PROCESAMIENTO
- Tolerancia a la actividad:SI
- Tolerancia a la frustración:SI

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

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Independiente
- Vestido: Independiente
- Higiene menor: Independiente
- Higiene mayor: Independiente
- Traslados: 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 Bueno
Depresión: MSD Bueno MSI Bueno
Abducción y rotacion: 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
Rotacion externa: MSD Bueno MSI Bueno

- CODO

Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno

Escaneado con CamScanner

- ANTEBRAZO
Supinación: MSD Bueno MSI Bueno
Pronación: MSD Bueno MSI Bueno
- MUÑECA
Flexion: 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
Abduccion: MSD Bueno MSI Bueno
Oponencia: MSD Bueno MSI Bueno
- DEDOS
Flexion: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
Aduccion: MSD Bueno MSI Bueno
Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909 SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F700 RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15:00 Hora de salida: 16:00 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 independiente en las AVD, con afectación significativa a nivel cognitivo. 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 independiente en las AVD, con afectación significativa a nivel cognitivo. 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: miércoles, 4 de agosto de 2021 3:00:44 p. m. - EDAD: 34 años, 0 meses y 28 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, seguimiento de instrucciones y velocidad de ejecución. La paciente al iniciar la sesión manifestó negación para realizar las actividades.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Tiempos de ejecución
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909 SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F700 RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: jueves, 5 de agosto de 2021 1:00:22 p. m. - EDAD: 34 años, 0 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13:00 Hora de salida: 14:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de planeación motora, atención y seguimiento de instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
PATRONES INTEGRALES: Agarres
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Comprensión de ordenes
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna

Escaneado con CamScanner

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909 SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F700 RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a): MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: viernes, 6 de agosto de 2021 2:00:07 p. m. - EDAD: 34 años, 0 meses y 28 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 memoria, discriminación visual y atención.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Comprensión de órdenes, Memoria
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909 SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F700 RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a): MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: sábado, 7 de agosto de 2021 1:00:24 p. m. EDAD: 34 años, 0 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13:00 Hora de salida: 14:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad en tablero de pines pequeños, trabajando agarre de pinza, coordinación viso-manual y seguimiento de instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909 SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F700-RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a): MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: lunes, 9 de agosto de 2021 2:00:05 p. m. - EDAD: 34 años, 0 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14:00 Hora de salida: 15:00 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de asociacion, seguimiento de instrucciones y atención sostenida.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Memoria, Imitación creatividad
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Creatividad
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909-SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F700-RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a): MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: martes, 10 de agosto de 2021 1:00:50 p. m. - EDAD: 34 años, 0 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13:00 Hora de salida: 14:00 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevencion de COVID19. Se realiza actividad de punzado en figura para descubrir el color, manejo de espacio, orientación de los trazos y concentración.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza, Picado

Escaneado con CamScanner

PATRONES INTEGRALES: Pinzas
HABILIDADES COGNITIVAS: Concentración
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad. Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina ciclo de terapias evidenciando que el paciente conserva las habilidades con las que inicio el proceso de acompañamiento, mayor empatia y receptividad por parte de la paciente al proceso.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909 SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F700 RETRASO MENTAL LEVE. DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a): MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

MA Angelica Gonzalez F

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217848 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Delly Raquel Becerra DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073506659

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
03/06/21	15:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID-19. Se realiza valoración inicial. Se evalúa su complicaciones// Nº Angelica Bautista
04/06/21	15:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID-19. Se realiza actividad motora gruesa, seguimiento de instrucciones y velocidad de ejecución, la paciente en ocasiones manifiesta negación de realizar la actividad. Se evalúa sus complicaciones// Nº Angelica Bautista
05/06/21	13:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID-19. Se realiza actividad de praxias motora, atención y seguimiento de instrucciones. Se evalúa sus complicaciones// Nº Angelica Bautista
06/06/21	14:00	Se realizan protocolos de bioseguridad. Se realiza actividad de memoria, discriminación visual y atención. Se evalúa su complicaciones// Nº Angelica Bautista
07/06/21	13:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID-19. Se realiza actividad de trabajo de pinza pequeña, trabajando agarre de pinza, coordinación viso-manual y seguimiento de instrucciones. Se evalúa sus complicaciones// Nº Angelica Bautista
09/06/21	14:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID-19 se realiza actividad de discriminación, seguimiento de instrucciones y atención sostenida. Se evalúa sus complicaciones// Nº Angelica Bautista
10/06/21	13:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID-19. Se realiza actividad de praxias en [illegible] para abordar el espacio, orientación de [illegible] y concentración. Se adjunta adecuado mantenimiento de las habilidades con las que cuenta el paciente, muestra empatía y receptividad por parte de la paciente. Se evalúa

Escaneado con CamScanner

Fl. 986

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Nelly Raquel Guerrero DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073506659

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
		Su acompañante Nelly Angelica Guerrero

Escaneado con CamScanner

HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217640-1

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 1073506659 Fecha de ingreso: 03/08/21
Apellidos: Figueroa Carreño Nombres: Nelly Raquel
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 1073506659
Fecha de nacimiento: Día: 14 Mes: 07 Año: 1967 sexo: F: X M: ___ Estado civil: Soltera Municipio: Funza Barrio: Villa Paola
Dirección: Cll 15 #23-61 Teléfono fijo: ___ Móvil: 3143130537
Correo electrónico: ___ ocupacion: ___
Entidad de salud: Sanitas Vinculación: Subsidiado Empresa: ___
N° de terapias: ___ Diagnostico: Retardo Mental Cognitivo leve, Sindrome de down
Acompañante: Nelly Carreño Parentesco: Mamá Teléfono: 3143130537

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: Nacimiento
fecha y hora del accidente de transito: ___
clínica de atención primaria: ___
Exámenes diagnósticos realizados: ___
atención de médicos especialistas: ___
tratamientos realizados: ___
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las teraplas: ___

Antecedentes:
Patologicos: Retardo Mental - Sindrome Down Traumaticos: Fracturas codo derecho
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Niega
Infecciosos: Ninguna Farmacologios: Salbutamol, Beclometasona, Guaifenesina, Clopidogrel, Carvedilol, Omeprazol, ASA, Atorvastatina, Furosemida, Losartan

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	Funcional

Escaneado con CamScanner

Locomoción	Funcional
INSTRUMENTALES	
Comunicación Comprensión Rutina de medicamentos Manejo del dinero Manejo del transporte Manejo del hogar	Semi-funcional
TRABAJO	Ayuda en labores domesticas

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL

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

Escaneado con CamScanner

*Arco de movimiento	✓				
*Tono muscular	✓				
*fuerza	✓				
*Resistencia	✓				
*Control postural	✓				
*Integridad de tejidos blandos	✓				
Motor					
*Tolerancia a la actividad	✓				
*coordinación motora gruesa	✓				
*Coordinación motora fina	✓				
*cruzar linea media	✓				
*Lateralidad	✓				
*integración bilateral	✓				
*Control oral motor	✓				
Integración cognitiva y componentes cognitivos	**Funcional**	**semifuncional**	**disfuncional**	**No aplica**	**Observaciones**
Nivel de alertas a estimulos	✓				
Orientación			✓		
Reconocimiento		✓			
Tiempo de atención		✓			
Memoria		✓			
Secuenciación		✓			
Categorización			✓		
Formación de conceptos			✓		
Operaciones intelectuales en el espacio			✓		

DESTREZAS PSICOSOCIALES Y COMPONENTES PSICOLÓGICOS

Psicológicos	Funcional	semifuncional	disfuncional	No aplica	Observaciones
*Roles	✓				
*Valores	✓				
*Intereses					
*Iniciación de la actividad	✓				
*Terminación de la actividad	✓				
*Concepto de si mismo	✓				

Escaneado con CamScanner

Sociales					
*Conducta social		✓			
*Conversación		✓			
*expresión		✓			
Manejo de si mismo					
*destreza para manejar y resolver las dificultades		✓			
*Manejo del tiempo		✓			
*Autocontrol		✓			

Concepto ocupacional: Paciente con diagnostico de Retardo mental y Sindrome de Down, funcional en AVD, atencion en actividades cognitivas.

Historia ocupacional: Paciente que apoya labores domesticas.

Nombre del terapeuta: Mª Angelica Gonzalez

Firma: Mª Angelica Gonzalez F

N° de registro 1032378273

Escaneado con CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA OCUPACIONAL

Esta documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de Terapia ocupacional, esto significa que entienda 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.

Diganos 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
- ☒ Estimulación sensorial
- ☐ Manejo de ritmos de trabajo
- ☒ Estimulación 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: 03/08/21 Hora: 15:00 N° de Terapias 7 Diagnóstico: Retardo Mental Leve Sindrome Down

Yo Kelly Cuervo con documento de identidad 20753915 como (parentesco con el Paciente) Madre en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) Kelly Daniela Guevara con documento de identidad (del paciente) 1073506659

Después de leído este documento autorizo al fisioterapeuta de HUMANA VITAL S.A.S a realizar el tratamiento propuesto.

Kelly Cuervo

Firma paciente

cc: 20753915

Ma Angelica Gonzalez

Firma profesional

cc. 1032357213 RP _____

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 03/08/21 hora 15:00 N° de terapias 7

Nombre: Nelly Raquel Guevara Cedula: 1093506659

✓ **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		CÓLERA	X	
HERPES			H1N1	X	
DIFTERIA	X		HEPATITIS		X
NEUMONÍA		X	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	X	
TUBERCULOSIS	X		CÁNCER	X	

✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Nelly Raquel Guevara con N° de cedula 1093506659

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 de iniciar el tratamiento.

Nelly Raquel Guevara

Firma del paciente o responsable

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: 03/08/21

Firma: Nelly Cano Funza

Nombre: Nelly Cunneco

Número de identificación: 20753915

Escaneado con CamScanner

	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOSCRIMINADOS		
	VERSION: 01	CODIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MAYO 2019

AUTORIZACIÓN

Yo Delly Carreño identificado con cc 20153915 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporta de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollan.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Delly Raquel Carreño IDENTIFICACION 1073506654

FIRMA Delly Carreño

FECHA: 03/08/21 HORA: 15:00 ALCALDIA X PARTICULAR ARL

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Mg Augusto Cantor

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Nelly Lucero Cuervo IDENTIFICACION 1073506659

FECHA: 03/08/21 HORA: 15:00 ALCALDIA X PARTICULAR ____ ARL ____

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

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 03/08/21 HORA: 15:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Delly Raquel Gaviria Cédula: 1023106659

DIAGNOSTICO: Retardo Mental leve, Sindrome de Down

DIRECCIÓN: Cl 15 #23-61

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		
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 Gaviria Cedula: 1032378273

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Delly Carreño Cedula: 20753915

Parentesco del paciente: Mama Firma: Delly Carreño

Escaneado con CamScanner

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0	25
	SI Puntaje 25	
Diagnostico secundario	NO Puntaje 0	15
	SI Puntaje 15	
Ayuda para deambular: ◦ Reposo en cama/ asistencia de enfermería ◦ Bastón/muletas/caminador. ◦ Se apoya en los muebles.	Puntaje 0	0
	Puntaje 15	
	Puntaje 30	
Vía Venosa	NO Puntaje 0	0
	SI Puntaje 20	
Marcha: ◦ Normal/en reposo/en cama ◦ Débil ◦ Alterada requiere asistencia	Puntaje 0	0
	Puntaje 10	
	Puntaje 20	
Conciencia-estado mental: ◦ Consiente de sus capacidades y limitaciones ◦ No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0	15
	Puntaje 15	
	TOTAL	55

Escaneado con CamScanner