Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSIÓN: 01	CÓDIGO: HV S 031	ELABORADO COORDINACION MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO GERENCIA MATO 2019

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Oscar Alejandro Bertes Cardozo

DIRECCIÓN: Finca San Miguel **TELÉFONO:** 3045765940

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
03/08/21	11:00 am	
04/08/21	12:00 pm	
06/08/21	12:00	
09/08/21	7:00	
09/08/21	11:00	
10/08/21	7:00	
11/08/21	12:00	

Escaneado con CamScanner

940

NIXON ALEJANDRO PUENTES

C.C. 1073524101



Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, miércoles, 11 de agosto de 2021 23:03:36 **HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.073.524.101**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	NIXON ALEJANDRO PUENTES CARDOZO
Identificacion	CC 1.073.524.101 Edad: 31 años, 1 meses y 19 dias
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) sábado, 23 de junio de 1990
Residencia	FUNZA Dirección: LOTE SAN MIGUEL EL PAPAYO Teléfono: 3045765940
Ocupación	9998 - NO APLICA
Responsable	ADELAIDA CARDOZO Parentesco: MAMÁ Teléfono: 3045765940
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 11:00:09 a. m. - EDAD: 31 años, 1 meses y 19 dias

ANTECEDENTES

- PERSONALES: No refiere
- PATOLOGICOS: Secuelas por hipoxia neonatal
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: No refiere
- QUIRURGICOS: Orquidopexia
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Ninguna

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

POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con diagnóstico de secuelas neurológicas por hipoxia neonatal

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

HABILIDADES MOTORAS BASICAS

- Tono muscular disminuido: MSD Presente
- Fuerza muscular: MSD Ausente MSI Presente
- Amplitud articular: MSD Ausente MSI Presente
- Parestesias: MSD Presente

HABILIDADES MOTORAS GRUESAS

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

DESPLAZAMIENTO

- Marcha:NO
- Salto:NO

IMAGEN CORPORAL

- Reconocimiento:SI
- Concepto:SI

HABILIDADES GRAFOMOTORAS

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

PATRONES INTEGRALES

- Alcanzar: MSD Presente MSI Presente

Escaneado con CamScanner

- Lanzar: MSD Ausente MSI Presente
- Agarre cilindrico: MSD Presente MSI Presente
- Agarre a mano llena: MSD Presente MSI Presente
- Agarre digito palmar: MSD Presente MSI Presente
- Agarre digito-digital: MSD Ausente MSI Presente
- Enganche: MSD Ausente MSI Presente
- Pinza fina: MSD Ausente MSI Presente
- Pinza lateral: MSD Ausente 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 Ausente MSI Presente
- Mano-Hombro IPSI-Lateral: MSD Ausente MSI Presente
- Mano-Espalda: MSD Ausente 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:SI
- Orientación en tiempo:SI
- Orientación en espacio:SI
- Iniciativa:SI
- Imitación creatividad:SI

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:SI

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 Regular MSI Bueno

Escaneado con CamScanner

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 12:00:56 p. m. - EDAD: 31 años, 1 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 Hora de salida: 13:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de copia de figuras, favoreciendo praxias viso constructivas, atención y discriminación visual.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Agarres
HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Comprensión de órdenes, 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: P910 ISQUEMIA CEREBRAL NEONATAL 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 7:00:15 a. m. - EDAD: 31 años, 1 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7:00 Hora de salida: 8:00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de memoria, patrones integrales de movimiento a nivel de agarre de pinza y mano llena, al igual que integración bilateral.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Pinzas
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, 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: P910 ISQUEMIA CEREBRAL NEONATAL 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 11:00:21 a. m. - EDAD: 31 años, 1 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:00 Hora de salida: 12:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de coordinación viso-manual, atención y concentración.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza
HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de ordenes
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: P910 ISQUEMIA CEREBRAL NEONATAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

ECHA CONSULTA: martes, 10 de agosto de 2021 7:00:25 a. m. - EDAD: 31 años, 1 meses y 19 días
VOLUCION TERAPEUTICA
lora de ingreso: 7:00 Hora de salida: 8:00 No. de sesión: 6
ONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de amasado de plastilina, avoreciendo agarre de pinza, integración bilateral y manejo de espacio.
RABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
ABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza
ATRONES INTEGRALES: Pinzas
ABILIDADES COGNITIVAS: Atención
ABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones

Escaneado con CamScanner

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: P910 ISQUEMIA CEREBRAL NEONATAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a): MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: miércoles, 11 de agosto de 2021 12:00:33 p. m. - EDAD: 31 años, 1 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 Hora de salida: 13:00 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad cognitiva de planeación, resolución de problemas y concentración.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Calculo, Imitación creatividad
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Creatividad
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina ciclo de terapias evidenciando que el paciente denota una leve mejoría en habilidades motoras finas y cognitivas, observando mayor precisión, coordinación y agilidad mental. Se finaliza sin complicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: P910 ISQUEMIA CEREBRAL NEONATAL 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
Especialista en Terapias
NIT 900217648-1

Escaneado con CamScanner

Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217643 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Oxou Alejandro Rocha DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073524101

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
01/08/21	11:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID. Se realiza valoración inicial se pueden sus complicaciones. Mª Angelica Bautista
04/08/21	12:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID se realiza actividad de psicoeducación, patrones integrales de movimiento a nivel de agarre de pinza y integración bilateral se pueden sus complicaciones. Mª Angelica Bautista
06/08/21	12:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención del COVID se realiza actividad de copia de figuras, atención y discriminación visual se pueden sus complicaciones. Mª Angelica Bautista
07/08/21	9:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID se realiza actividad de integración, patrones integrales de movimiento a nivel de agarre de pinza, mano libre e integración bilateral. Se pueden sus complicaciones. Mª Angelica Bautista
09/08/21	11:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID se realiza actividad de coordinación viso-manual, atención y concentración. Se pueden sus complicaciones. Mª Angelica Bautista
10/08/21	9:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para su prevención de COVID. Se pueden actividad de avisado de plastilina, temperamento nivel de espera, integración bilateral y agarre de pinza y oponer. Se pueden sus complicaciones. Mª Angelica Bautista
11/08/21	12:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención del COVID. Se realizó actividad captura de planeación, resolución de problemas y concentración. Se observa cada evidenciando una leve mejoría en habilidades motoras finas, habilidades cognitivas donde mayor precisión, coordinación y agilidad mental. Se pueden sus complicaciones. Mª Angelica Bautista

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 1093524101 Fecha de ingreso: 03/08/21
Apellidos: Rueles Cardozo Nombres: Dixon Alejandro
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 1093524101
Fecha de nacimiento: Día: 23 Mes: 06 Año: 1990 sexo F: M: X Estado civil: Soltero Municipio: Tunja Barrio: Siete Trojes
Dirección: Tunja Siete Trojes Teléfono fijo: Móvil: 3045761940
Correo electrónico: ocupacion: Hogar
Entidad de salud: Coosalud Vinculación: Subsidiado Empresa:
N° de terapias: 7 Diagnostico: Secuelas neurologicas por Hipoxia neonatal
Acompañante: Adelaida Cardozo Parentesco: Mamá Teléfono: 3045765940

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: De nacimiento
fecha y hora del accidente de transito:
clinica de atención primaria:
Exámenes diagnósticos realizados:
atención de médicos especialistas:
tratamientos realizados:
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias: Acompañamiento permanente.

Antecedentes:
Patoiogicos: Secuelas por Hipoxia Traumaticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Cirugia de testiculos
Infecciosos: Niega Farmacologios: Ninguno

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	No funcional
TRABAJO	No funcional

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 secuelas de hipoxia neonatal, funcional en AVD, con compromiso cognitivo y motor

Historia ocupacional: Paciente que requiere actividades de estimulacion

Nombre del terapeuta: Lic Angelica Fonseca

Firma: Lic Angelica Fonseca T

N° de registro 1032378273

Escaneado con CamScanner

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. La 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
- [ ] 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] Estimulación sensorial
- [ ] Manejo de ritmos de trabajo
- [x] 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 07/9/21 Hora 11:00 N° de Terapias 7 Diagnóstico Secuelas de lupus

Yo Adalgiza Cuadros con documento de identidad 39736704 como (parentesco con el

Paciente) madre en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) Laura

Alejandra Rosales con documento de identidad (del paciente) 1022544101

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

Firma paciente

cc 39 736 704

Firma profesional

cc 1033238733 RP _____

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 03/08/21 hora 11:00 N° de terapias 7

Nombre: Dixon Alejandro Roeles Cedula: 1093524101

✓ **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	X		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 Adelaida Cardozo con N° de cedula 39336704

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.

Firma del paciente o responsable

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: 03/05/21

Firma:

Nombre: Adelaida Cardozo

Número de identificación: 39736904

Escaneado con CamScanner

	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 MAYO 2019

AUTORIZACIÓN

Yo Adelaida Cardozo identificado con cc 39736704 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollen.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Dixon Alejandro IDENTIFICACION 1073524101

FIRMA

FECHA: 03/08/21 HORA: 11:00 ALCALDIA X PARTICULAR ARL

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Lic Angelica Fonseca

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Dixon Alejandro Rodriguez IDENTIFICACION 1003524101

FECHA: 03/08/21 HORA: 11:00 ALCALDIA X 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: 03/08/21 HORA: 11:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Dixon Alejandro Acosta Cédula: 1033524101

DIAGNOSTICO: Secuelas de Hipoxia neonatal

DIRECCIÓN: Finca San Miguel

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: Lic Eugenia Favale Cedula: 1032378213

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Adelaida Cardozo Cedula: 39736704

Parentesco del paciente: Madre Firma: [signature]

Escaneado con CamScanner

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	0
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0 Puntaje 15 Puntaje 30	30
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	75

Escaneado con CamScanner