| 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:** Oscar David Castiblanco

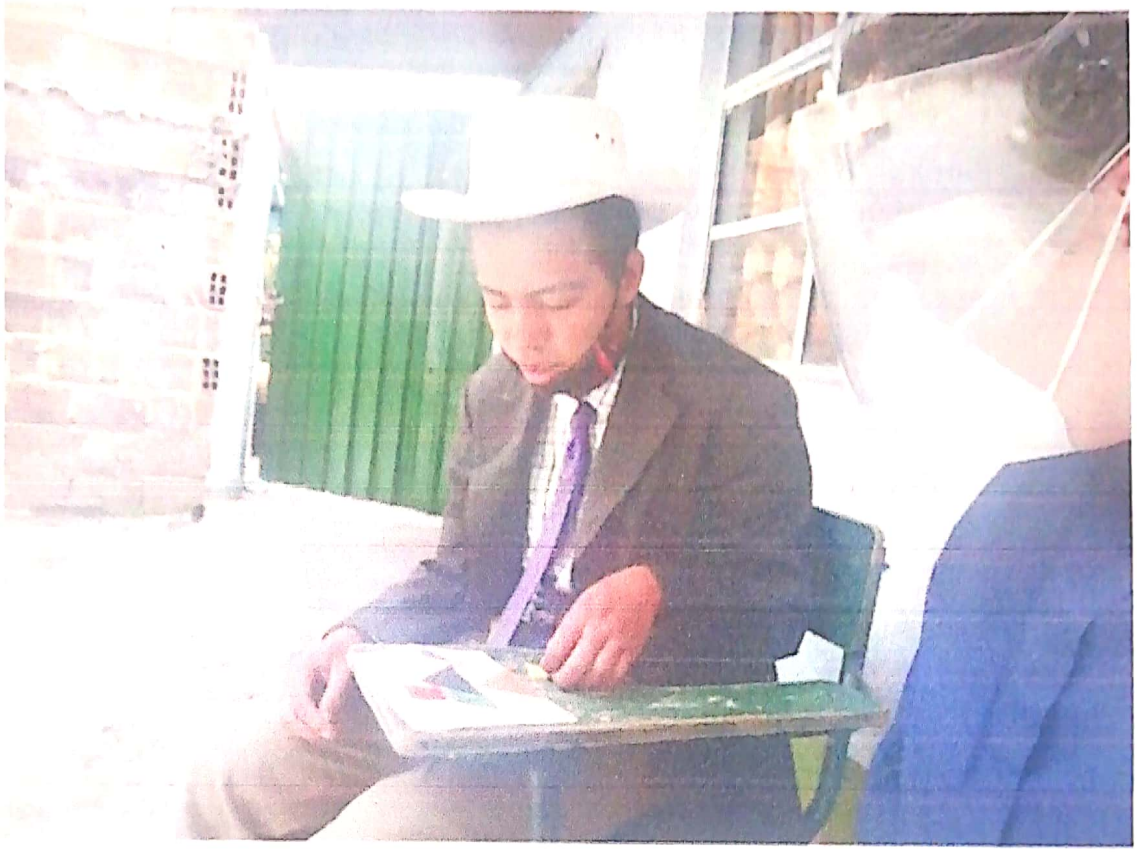
**DIRECCIÓN:** Cra 13 #13-84 **TELÉFONO:** 3228199530

| FECHA | HORA | FIRMA USUARIO |
|---|---|---|
| 03/07/21 | 4:00pm | David castiblanco |
| 14/07/21 | 1:00pm | David castiblanco |
| 15/07/21 | 5:00pm | David castiblanco |
| 17/07/21 | 10:00am | David castiblanco |
| 19/07/21 | 12:00pm | David castiblanco |
| 29/07/21 | 1:00pm | David castiblanco |

Escaneado con CamScanner

**OSCAR DAVID CASTIBLANCO**

**CC 1073524035**



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, sábado, 31 de julio de 2021 01:24:24 **HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.073.524.035**

DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombres y apellidos | OSCAR DAVID CASTIBLANCO DELGADO |
| Identificación | CC 1.073.524.035 Edad: 19 años, 10 meses y 25 días |
| Nacimiento | HOGAR (CUNDINAMARCA) jueves, 06 de septiembre de 2001 |
| Residencia | FUNZA Dirección: KR 13 16 84 Teléfono: 3112714684 |
| Ocupación | HOGAR |
| Responsable | - Parentesco: - Teléfono: - |
| 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: Femenino

FECHA CONSULTA: sábado, 3 de julio de 2021 4:00:56 p. m. - EDAD: 19 años, 10 meses y 24 días

ANTECEDENTES

- PERSONALES: No refiere
- PATOLOGICOS: No refiere
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: No refiere
- 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 retraso mental y retraso psicomotor de nacimiento

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

HABILIDADES MOTORAS BASICAS

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

HABILIDADES MOTORAS GRUESAS

- Posición bípeda:SI

DESPLAZAMIENTO

- Marcha:SI

IMAGEN CORPORAL

- Reconocimiento:SI
- Concepto:SI

HABILIDADES GRAFOMOTORAS

- Dominancia manual: MSD Presente
- Corta con tijeras: MSD Presente
- Realiza una torre: MSD Presente
- Hace garabateo: MSD Presente
- Hace enhebrado: MSD Presente
- Hace encajado: MSD Presente
- Fuerza en coloreado: MSD 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

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

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

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 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



Escaneado con CamScanner

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: F799-RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F82X-TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16:00 Hora de salida: 17:00 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: miércoles, 14 de julio de 2021 1:00:02 p. m. - EDAD: 19 años, 10 meses y 24 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 motricidad fina, facilitando agarre de pinza y oposición y seguimiento de instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, 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: F799-RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F82X-TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ 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 5:00:08 p. m. - EDAD: 19 años, 10 meses y 24 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 17:00 Hora de salida: 18:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de origami, trabajando seguimiento de instrucciones, atención y manejo de espacio.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza, Fuerza en agarres
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Comprensión de órdenes, Memoria, Orientación en espacio
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



Escaneado con CamScanner

DIAGNÓSTICOS
Principal: F799-RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F82X-TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: sábado, 17 de julio de 2021 10:00:40 a. m. - EDAD: 19 años, 10 meses y 24 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 11:00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad cognitiva de memoria y asociación.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, 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: F799-RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F82X-TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: lunes, 19 de julio de 2021 12:00:18 p. m. - EDAD: 19 años, 10 meses y 24 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 Hora de salida: 13:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de copia de figuras con tangram, manejo de espacio y seguimiento de instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza
HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, 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: F799-RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F82X-TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: jueves, 29 de julio de 2021 1:00:47 p. m. - EDAD: 19 años, 10 meses y 24 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13:00 Hora de salida: 14:00 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de planeación, organización y seguimiento de instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Imitación creatividad
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Creatividad
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina ciclo de terapias evidenciando una mejoría en la comprensión de instrucciones semicomplejas, mayor destreza en habilidades motoras finas.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F799-RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F82X-TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ 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: Oscar David Arbeláez DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073524035

| FECHA | HORA | EVOLUCIÓN |
|---|---|---|
| 13/07/21 | 4:00pm | Se realiza valoración inicial y se brinda información del servicio// Lic Angelica Gaviria |
| 14/07/21 | 1:00pm | Se realiza protocolos de bioseguridad para COVID19. Se realiza actividad de motricidad fina y seguimiento de instrucciones. Se evalua sus complicaciones// Lic Angelica Gaviria |
| 15/07/21 | 5:00pm | Se realizan protocolos de bioseguridad para prevencion de COVID19. Se realiza actividad de grafismo trabajando seguimiento de instrucciones, atencion y concentracion especial. Se evaliza sus complicaciones,, Lic Angelica Gaviria |
| 17/07/21 | 10:00am | Se realizan protocolos de bioseguridad para prevencion de COVID19. Se realiza actividad de memoria y asociacion. Se evaluze sus complicaciones,, Lic Angelica Gaviria |
| 19/07/21 | 12:00pm | Se realizan protocolos de bioseguridad para prevencion de COVID19. Se realiza actividad de copia de figuras y seguimiento de instrucciones. Se evaluza sus complicaciones,, Lic Angelica Gaviria |
| 21/07/21 | 1:00pm | Se realizan protocolos de bioseguridad para prevencion de COVID19. Se realiza actividad de planeacion, organizacion y seguimiento de instrucciones. Se observa este pendiente a una orden compuesta de instrucciones, mejor presencia en habilidades motoras finas. Se evaluza sus complicaciones// Lic Angelica Gaviria |

Escaneado con CamScanner

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

## HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 1073524035 Fecha de ingreso: 03/07/21
Apellidos: Castblanco Nombres: Oscar David
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 1073524035
Fecha de nacimiento: Día: 06 Mes: 12 Año: 1997 sexo:F: M: X Estado civil: Soltero Municipio: Funza Barrio: Centro
Dirección: Cr 13 #16-84 Teléfono fijo: Móvil: 3228199530
Correo electrónico: ocupacion: Hogar
Entidad de salud: Ecoopso Vinculación: Subsidiado Empresa:
N° de terapias: 6 Diagnostico: Retraso psicomotor, Retraso Mental
Acompañante: David Castblanco Parentesco: Padre Teléfono: 3228199530

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:
clínica de atención primaria:
Exámenes diagnósticos realizados:
atención de médicos especialistas:
tratamientos realizados:
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias:

Antecedentes:
Patoiogicos: Retraso Mental y Psicomotor Traumaticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Niega
Infecciosos: Niega Farmacologios: Niega

**ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:**

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

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



Escaneado con CamScanner

| | |
|---|---|
| **Locomoción** | |
| **INSTRUMENTALES** | |
| **Comunicación**<br>**Comprensión**<br>**Rutina de medicamentos**<br>**Manejo del dinero**<br>**Manejo del transporte**<br>**Manejo del hogar** | Semi-funcional |
| **TRABAJO** | Apoya al padre en oficio informan |

**COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL**

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



Escaneado con CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Medio | | | | | |
| Flexión MCF | | | | | |
| 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<br>6 a 8 ml Hipoestesia leve<br>8 a 12 hipoestesia<br>12 1.5 cm hipoestesia severa<br>Más 1.5 cm Pérdida sensibilidad | | |

6. Pruebas especiales

7. Concepto Ocupacional

Paciente con diagnostico de Retraso mental y psicosocial, con independencia en AVD; atención en habilidades cognitivas en comprensión, seguimiento de instrucciones y reconocimiento

8. Historia Ocupacional

Paciente que realiza oficio laboral con venta de tubos, apoyando a su padre

Nombre del terapeuta: Ma Angelica Gonzalez

Firma: Ma Angelica Gonzalez P

N° de registro 1023978273



Escaneado con CamScanner

800

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

**Nombre del paciente:** Oscar David Castiblanco **Cedula:** 1073524035

**PARA REALIZAR UNA TERAPIA APROPIADA SU TERAPEUTA NECESITA SABER SI USTED A PADECIDO O PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES: (marque con una X)**

| | NO | SI | | NO | SI |
|---|---|---|---|---|---|
| SIDA O VIH | X | | COLERA | X | |
| HERPES | X | | H1N1 | X | |
| DIFTERIA | X | | HEPATITIS | X | |
| NEUMONIA | X | | VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) | X | |
| TUBERCULOSIS | X | | CANCER | X | |

"ESTA INFORMACIÓN SE REGISTRARA EN SU HISTORIA CLINICA, UNICAMENTE LA CONOCERA EL PERSONAL QUE LO ATIENDE DURANTE SU TERAPIA, ESTA PROTEGIDA POR EL SECRETO PROFESIONAL"

CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

FECHA: 03/07/21 HORA 4:00pm Nº DE TERAPIAS 6

YO David Castiblanco CON CEDULA Nº 3023585

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.

David Castiblanco
CC: 3023585
Firma del paciente

Judy Garcia Ruiz
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)
- ☐ Entrenamiento de patrones integrales (mano-acción motora)
- ☒ Manejo de coordinación
- ☐ Control motor y conciencia corporal
- ☐ Manejo de sensibilidad
- ☒ Estimulacion sensorial
- ☐ Manejo de ritmos de trabajo
- ☒ Estimulacion cognitiva
- ☐ Otros _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 1590 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: 03-09-21 Hora: 4:00 pm Nº de Terapias: 6 Diagnóstico: Retraso Mental

Yo David Castiblanco con documento de identidad: 3023785

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

David Castiblanco

Firma paciente

cc. 3023785

Ma Angelica Gomez

Firma profesional

cc 1032358223 RP _____



Escaneado con CamScanner

Autorización para el tratamiento de datos personales

Trabajadores de la IPS

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la IPS HUMANA VITAL S.A.S que:

1. HUMANA VITAL S.A.S actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la política de tratamiento de datos personales de HUMANA VITAL S.A.S que se encuentran en la página web www.humanavital.com
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles.
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos en HUMANA VITAL S.A.S y observando la política de tratamiento de datos personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico servicioalcliente@humanavital.com
6. HUMANA VITAL S.A.S garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento.

Cualquier cambio será notificado a través del medio de comunicación que HUMANA VITAL S.A.S considere más adecuado para tal efecto, (por ejemplo correo electrónico, comunicación directa y/o anuncio en nuestra página web)

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a HUMANA VITAL S.A.S para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la IPS y para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales de las compañías. La información obtenida para tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 03-07-21

Firma: David Castiblanco

Nombre: David Castiblanco

Número de identificación: 3023985



Escaneado con CamScanner

## AUTORIZACIÓN

Yo David Castiblanco identificado con cc 3023585 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:*** Oscar David Castiblanco ***IDENTIFICACION*** 1022524035

***FIRMA*** David Castiblanco

***FECHA:*** 03/07/21 ***HORA:*** 4:00pm ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Escaneado con CamScanner

# FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Angélica Castillo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Oscar David Castiblanco IDENTIFICACIÓN 1073524035

FECHA: 08/07/21 HORA: 4:00pm ALCALDÍA X PARTICULAR ____ ARL ____

| DOCUMENTOS ENTREGADOS | FIRMA |
|---|---|
| DEBERES Y DERECHOS | David Castiblanco |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO | David Castiblanco |
| POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS | David Castiblanco |
| PLAN CASERO | David Castiblanco |
| AUTORIZACIÓN DE REGISTRO FOTOGRÁFICO | David Castiblanco |

Escaneado con CamScanner

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

## VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 03-07-21 HORA: 4:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Oscar David Castblanco Cédula: 1073524035

DIAGNOSTICO: Retraso Psicomotor

DIRECCIÓN: Cra. 13 # 16-84

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: Lic Angelica Gonzalez Cedula: 1032378273

**La visita fue atendida por:**

NOMBRE: David Castblanco Cedula: 3023585

Parentesco del paciente: Padre Firma: David Castblanco



Escaneado con CamScanner

Escala de MORSE

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



Escaneado con CamScanner