| Humana Vital S.A.S | PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL<br>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS DOMICILIARIOS | | |
|---|---|---|---|
| | VERSIÓN: 01 | CÓDIGO: HV S 031 | ELABORADO COORDINACIÓN: MAYO 2019<br>REVISADO Y APROBADO GERENCIA MAYO 2019 |

## HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Sergio Arias Arcila

DIRECCIÓN: Cra Heredaly TELEFONO: 3224428279 / 3168837019

| FECHA | HORA | FIRMA USUARIO |
|---|---|---|
| 03/08/21 | 9:00 am | Ana Anzola |
| 04/08/21 | 9:00 am | Ana Anzola |
| 05/08/21 | 9:00 am | Ana Anzola |
| 06/08/21 | 9:00 am | Ana Anzola |
| 07/08/21 | 10:00 | Ana Anzola |
| 09/08/21 | 8:00 | Ana Anzola |
| 10/08/21 | 9:00 | Ana Anzola |
| 11/08/21 | 9:00 | Ana Anzola |

Escaneado con CamScanner

999

SERGIO ARIAS ANZOLA

C.C. 1073502026



Escaneado con CamScanner

DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombres y apellidos | SERGIO ARIAS ANZOLA |
| Identificación | CC 1.073.502.026 Edad: 40 años, 3 meses y 29 días |
| Nacimiento | SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) lunes, 13 de abril de 1981 |
| Residencia | FUNZA Dirección: VIA EL COCLI Teléfono: 3144660307 |
| Ocupacion | 9999 SIN INFORMACIÓN |
| Responsable | NO Parentesco: NO Teléfono: NO |
| 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: Masculino

FECHA CONSULTA: martes, 3 de agosto de 2021 9:00:14 a. m. - EDAD: 40 años, 3 meses y 29 días

ANTECEDENTES

- PERSONALES: No refiere
- PATOLOGICOS: Parálisis cerebral
Epilepsia
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: Carbamazepina y Clonazepam
- QUIRURGICOS: No refiere
- 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 Parálisis Cerebral, epilepsia la cual fue diagnosticada a los 6 años, tras fiebre convulsiva.

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

HABILIDADES MOTORAS BASICAS

- Tono muscular aumentado: MSI Presente
- Fuerza muscular: MSD Presente MSI Ausente
- Amplitud articular: MSD Presente MSI Ausente
- Entumecimiento: MSI Presente

HABILIDADES MOTORAS GRUESAS

- Posición sedente:SI
- Posición bipeda:SI

DESPLAZAMIENTO

- Marcha:NO

IMAGEN CORPORAL

- Reconocimiento:NO
- Concepto:NO

HABILIDADES GRAFOMOTORAS

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

PATRONES INTEGRALES

- Alcanzar: MSD Presente MSI Ausente
- Lanzar: MSD Presente MSI Ausente
- Agarre cilindrico: MSD Presente MSI Ausente
- Agarre a mano llena: MSD Presente MSI Ausente
- Agarre dígito palmar: MSD Presente MSI Ausente
- Agarre digito-digital: MSD Presente MSI Ausente
- Enganche: MSD Presente MSI Ausente
- Pinza fina: MSD Presente MSI Ausente
- Pinza lateral: MSD Presente MSI Ausente



Escaneado con CamScanner

PATRONES FUNCIONALES
- Mano-Cabeza: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Boca: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Cuello: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Hombro contralateral: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Hombro IPSI Lateral: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Espalda: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Glúteo: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Pie: MSD Presente MSI Ausente

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

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

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

HABILIDADES SOCIALES
- Interactúa con familia:NO
- Interactúa con otros:NO

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Dependiente
- Vestido: Dependiente
- Higiene menor: Dependiente
- Higiene mayor: Dependiente
- Traslados: Dependiente
- Transferencias: Dependiente
- Hábitos y rutinas: Dependiente

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 Malo
Depresión: MSD Bueno MSI Malo
Abducción y rotación: MSD Bueno MSI Malo
Aducción: MSD Bueno MSI Malo
Depresión y rotación: MSD Bueno MSI Malo

- HOMBRO

Flexión: MSD Bueno MSI Malo



Escaneado con CamScanner

Extensión: MSD Bueno MSI Malo
Abducción: MSD Bueno MSI Malo
Aducción horizontal: MSD Bueno MSI Malo
Rotación interna: MSD Bueno MSI Malo
Rotacion externa: MSD Bueno MSI Malo
- CODO
Flexión: MSD Bueno MSI Malo
Extensión: MSD Bueno MSI Malo
- ANTEBRAZO
Supinación: MSD Bueno MSI Malo
Pronación: MSD Bueno MSI Malo
- MUÑECA
Flexión: MSD Bueno MSI Malo
Extensión: MSD Bueno MSI Malo
- PULGAR
Flexión: MSD Bueno MSI Malo
Extensión: MSD Bueno MSI Malo
Aduccion: MSD Bueno MSI Malo
Abducción: MSD Bueno MSI Malo
Oponencia: MSD Bueno MSI Malo
- DEDOS
Flexión: MSD Bueno MSI Malo
Extensión: MSD Bueno MSI Malo
Aducción: MSD Bueno MSI Malo
Abducción: MSD Bueno MSI Malo
OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:00 Hora de salida: 10:00 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. Paciente dependiente 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 9:00:47 a. m. - EDAD: 40 años, 3 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:00 Hora de salida: 10:00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de agarre de pinza, seguimiento de instrucciones simples y movilidad articular en MSD.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado
PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
HABILIDADES COGNITIVAS: 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: G800 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 9:00:16 a. m. - EDAD: 40 años, 3 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA



Escaneado con CamScanner

ora de ingreso: 9:00 Hora de salida: 10:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad motora fina con apoyo en movimientos de MSD, estimulación táctil con texturas y atención.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Amplitud articular
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza, Amasado
PATRONES INTEGRALES: Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil
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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 9:00:22 a. m. - EDAD: 40 años, 3 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:00 Hora de salida: 10:00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de coloreado favoreciendo agarre tripode, manejo de espacio y seguimiento de ordenes simples.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza, Coloreado
PATRONES INTEGRALES: 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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 10:00:57 a. m. - EDAD: 40 años, 3 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 11:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se da continuidad a la actividad de la sesión anterior con dactilopintura y plastilina, trabajando estimulación táctil y patrones integrales de movimiento a nivel de agarre de pinza.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza, Pintado, Amasado
PATRONES INTEGRALES: Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil
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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 8:00:24 a. m. - EDAD: 40 años, 3 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 9:00 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad motora fina, favoreciendo agarre tripode, seguimiento de ordenes sencillas y atención.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza, Fuerza en agarres
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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 9:00:59 a. m. - EDAD: 40 años, 3 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:00 Hora de salida: 10:00 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de manejo de espacio, integración bilateral y atención.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Agarres
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Orientación en espacio, Imitación creatividad
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Creatividad
HABILIDADES SOCIALES: Interactúa con otros
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 9:00:08 a. m. - EDAD: 40 años, 3 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:00 Hora de salida: 10:00 No. de sesión: 8
CONDUCTA: Se realiza lavado de manos y medidas de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza estimulación táctil y movilización pasiva en MMSS.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Amplitud articular
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
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, la madre refiere aumento en la frecuencia de las crisis convulsivas, denotando mayor cansancio físico y mayor deterioro cognitivo.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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

Vital S.A.S. HUMANA VITAL S.A.S NIT 805017640 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Sergio Arias Ayala DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073502026

| FECHA | HORA | EVOLUCIÓN |
|---|---|---|
| 01/08/21 | 9:00am | Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID Se realiza educación sobre el manejo de la mascarilla y se realiza su colocación. Dra Angelica Gauvert |
| 04/08/21 | 9:00 | Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID Se realiza actividad de aguante de pared, respecto de instrucciones y movilidad articular en MSD. Se evidencia su complicación. Dra Angelica Gauvert |
| 05/08/21 | 9:00 | Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID Se realiza actividad rotatoria para su apoyo en movilización de MSD, estimulación táctil y atención. Se evidencia su complicación. Dra Angelica Gauvert |
| 06/08/21 | 9:00 | Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID. Se realiza actividad de coloreado favorecendo seguimiento de instrucciones, ubicación de espacio y agarre trípode. Se evidencia su complicación. Dra Angelica Gauvert |
| 07/08/21 | 10:00 | Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID Se realiza actividad fortaleciendo el trabajo de dibujo con dactilopintura y plastilina. Se evidencia su complicación. Dra Angelica Gauvert |
| 08/08/21 | 8:00 | Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID Se realiza actividad rotatoria fina, trabajando agarre trípode, atención y seguimiento de instrucciones. Se evidencia su complicación. Dra Angelica Gauvert |
| 10/08/21 | 9:00 | Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID Se realiza actividad de manejo de espacio, integración bilateral y atención. Se evidencia su complicación. Dra Angelica Gauvert |
| 11/08/21 | 9:00 | Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID Se realiza estimulación |

Escaneado con CamScanner

Vital S.A.S. HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217940 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Sergio Arias Rocha DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1003500[illegible]

| FECHA | HORA | EVOLUCIÓN |
|---|---|---|
| | | Ingresa en UCIN y valorado por cirugía pediátrica quien descarta compromiso de las vías urinarias que hace necesario proceder a realizar cistostomía. Se explica a madre procedimiento a realizar y riesgos que conlleva. Dra. Sergio Cardiel |

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

## HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 1073502026 Fecha de ingreso: 03/08/21
Apellidos: Arias Acosta Nombres: Sergio
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 1073502026
Fecha de nacimiento: Día: 13 Mes: 04 Año: 1981 sexo: F: ___ M: X Estado civil: Soltero Municipio: Tuta Barrio: Siete Trojes
Dirección: Finca Mandala Teléfono fijo: ___ Móvil: 3214728374
Correo electrónico: ___ ocupacion: Hogar
Entidad de salud: Coosalud Vinculación: Subsidiado Empresa: ___
N° de terapias: 8 Diagnostico: Parálisis Cerebral - Epilepsia
Acompañante: Nallibel Acosta Parentesco: Mamá Teléfono: 3168837019

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: A los 6 años
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: Acompañamiento permanente//

Antecedentes:
Patoiogicos: Parálisis Cerebral - Epilepsia Traumaticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Niega
Infecciosos: Niega Farmacologios: Carbamazepina, Cefotaxima, Clobazepam//

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

| Actividades de la Vida Diaria | Descripción |
|---|---|
| BÁSICAS | |
| Cuidado Personal | No funcional |
| Movilidad funcional | Semi - funcional |



Escaneado con CamScanner

| | |
|---|---|
| Locomoción | Semi- funcional |
| INSTRUMENTALES | |
| Comunicación<br>Comprensión<br>Rutina de medicamentos<br>Manejo del dinero<br>Manejo del transporte<br>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 línea media | ✓ | | | | |
| *Lateralidad | ✓ | | | | |
| *integración bilateral | ✓ | | | | |
| *Control oral motor | | | | | |

| Integración cognitiva y componentes cognitivos | Funcional | semifuncional | disfuncional | No aplica | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| Nivel de alertas a estímulos | | | | | |
| 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

1010



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

**Concepto ocupacional:** Paciente de 40 años con diagnostico de Parálisis cerebral, quien presenta alteración de AVD, habilidades cognitivas y sociales.

**Historia ocupacional:** No realiza actividad de esparcimiento y recreación.

**Nombre del terapeuta:** Ma Angélica Rosales

**Firma:** Ma Angélica Rosales T

**N° de registro** 1022315273



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. 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)

- [X] 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
- [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 numero 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 6/06/21 Hora 1:00 N° de terapias 8 Diagnóstico Parálisis Cerebral Espástica

Yo Anabel Ruiz con documento de identidad 21526 como (parentesco con el

Paciente) Madre en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) Sergio

Ruiz Ruiz con documento de identidad (del paciente) 1073502026

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

Firma paciente

cc 21526

Firma profesional

cc 1022376775 RP



Escaneado con CamScanner

Fecha 08/05/21 hora 9:00 N° de terapias 8

Nombre: Sergio Arias Arzola Cedula: 1037502026

✓ **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 Ana Vidal Arzola con N° de cedula 21133691

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.

Ana Arzola

Firma del paciente o responsable



Escaneado con CamScanner

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

**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: 03/05/21

Firma: Ana Anzola

Nombre: Ana Vidal Anzola

Número de Identificación: 21133621



Escaneado con CamScanner

**AUTORIZACIÓN**

1014

Yo Ayg Vidal Anzola identificado con cc 21133 621 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: Sergio Arias IDENTIFICACION 1023502026

FIRMA Ana Anzola

FECHA: 03/08/21 HORA: 9:00 ALCALDIA X PARTICULAR_____ ARL_____

Escaneado con CamScanner

# FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Dra Angelica Gaviria

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Sergio Daniel IDENTIFICACION 1023502026

FECHA: 02/09/21 HORA: 9:00 ALCALDIA X PARTICULAR ____ ARL ____

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

Escaneado con CamScanner

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

## VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 03/08/21 HORA: 9:00 a.

NOMBRE DEL PACIENTE: Sergio Raul Anzola Cédula: 1073502026

DIAGNOSTICO: Paralisis Cerebral - Epilepsia

DIRECCIÓN: Finca Maudulay

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 Augusta Gonzalez Cedula: 1032378277

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Ana Ida Anzola Cedula: 21133671

Parentesco del paciente: Madre Firma: Ana Anzola

Escaneado con CamScanner

Escala de MORSE

| ITEM | ESCALA | PUNTAJE |
|---|---|---|
| Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses | NO Puntaje 0 | 0 |
| | SI Puntaje 25 | |
| Diagnostico secundario | NO Puntaje 0 | 15 |
| | SI Puntaje 15 | |
| Ayuda para deambular<br>◦ Reposo en cama/ asistencia de enfermería<br>◦ Bastón/muletas/caminador.<br>◦ Se apoya en los muebles. | Puntaje 0 | 15 |
| | Puntaje 15 | |
| | Puntaje 30 | |
| Vía Venosa | NO Puntaje 0 | 0 |
| | SI Puntaje 20 | |
| Marcha:<br>◦ Normal/en reposo/en cama<br>◦ Débil<br>◦ Alterada requiere asistencia | Puntaje 0 | 20 |
| | Puntaje 10 | |
| | Puntaje 20 | |
| Conciencia-estado mental<br>◦ Consiente de sus capacidades y limitaciones<br>◦ No consiente de sus limitaciones | Puntaje 0 | 15 |
| | Puntaje 15 | |
| | TOTAL | 65 |



Escaneado con CamScanner