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: COORDINACIÓN: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2019

HOJA DE RUTA DIARIA

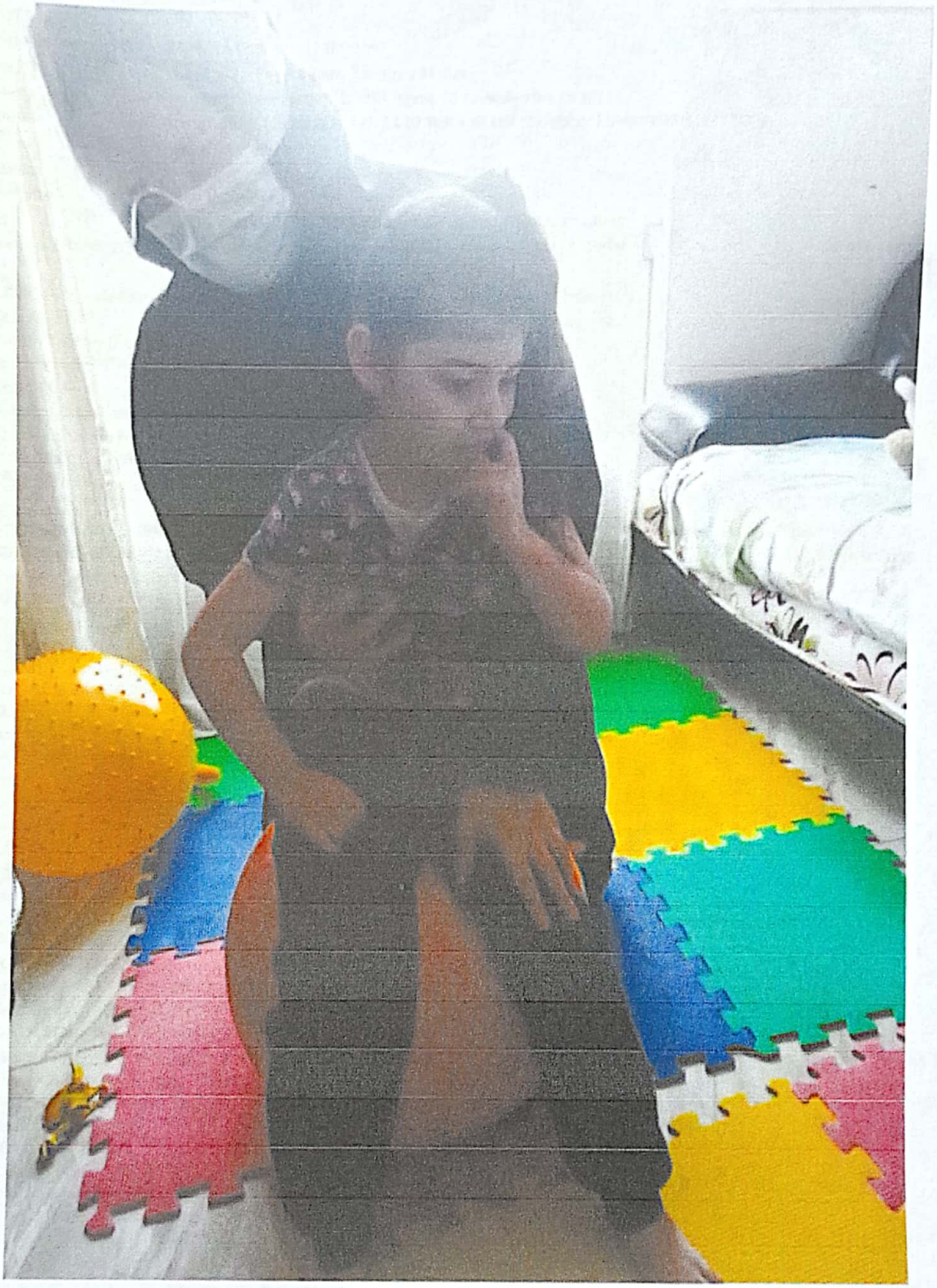
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Dana Gabriela Perdomo

DIRECCIÓN: Cra 2C # 6-02 **TELÉFONO:** 3154777970 Fijo

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
14-07-2021	10+00	Km Pm
17-07-2021	10+00	Km Pm
19-07-2021	10+00	Km Pm
20-07-2021	10+00	Km Pm
21-07-2021	10+00	Km Pm
23-07-2021	10+00	Km Pm

Escaneado con CamScanner

Dana Gabriela Chaparro Perdomo R.C 10112441242



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, sábado, 24 de julio de 2021 13:39:52 **HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPIA No. 1.011.241.242**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	DANA GABRIELA CHAPARRO PERDOMO
Identificación	CC 1.011.241.242 Edad: 5 años, 7 meses y 24 días
Nacimiento	SIN INFORMACIÓN (SIN INFORMACIÓN) lunes, 30 de noviembre de 2015
Residencia	FUNZA Dirección: ALTOS DE GUALI-KR 2 C 02 TUR 4 AP 504 Teléfono: 3184020889/3154777970
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	KAREN PERDOMO Parentesco: MAMA Teléfono: 3183917006
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDÍA EPS: AL001 - ALCALDÍA DE FUNZA Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: miércoles, 14 de julio de 2021 6:36:10 p. m. - EDAD: 5 años, 7 meses y 17 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRÚRGICOS: No refiere
TRAUMÁTICOS: No refiere
TOXICO ALÉRGICOS: No refiere
FARMACOLÓGICOS: acetaminofén
PATOLÓGICOS: microcefalia, displasia de cadera

MOTIVO DE CONSULTA: paciente con dificultad para adoptar el bípedo, disminución de masa muscular, pie plano, coxovalga, hipotónica
DIAGNOSTICO MEDICO: paciente de 5 años de edad con diagnostico medico de discapacidad psicomotriz vista por ortopedia, realizo terapia física
OBSERVACIÓN GENERAL: paciente en cuadrúpedo en condiciones generales estables
ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACIÓN Persona: CONSERVADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: ALTERADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: ALTERADA Ideomotora: ALTERADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: ALTERADA
Comunicación: NO REALIZA Lateralidad: DERECHA
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: CONSERVADA Propiocepción: CONSERVADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: ALTERADA Esterognosia: ALTERADA Topognosia: ALTERADA Grafestesia: ALTERADA Discriminación 2 puntos: ALTERADA
SISTEMA MOTOR
Tono: hipotónica Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACIÓN FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: REGULAR Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
IZQUIERDO Cabeza: REGULAR Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECÚBITO)
Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Sedente a cuadrúpedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Cuadrúpedo a rodillas: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Rodillas a bípedo: NO ADOPTA
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: NO Ayuda externa: SI Marcha: NO
COORDINACIÓN: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): MALA
EQUILIBRIO DINÁMICO: MALO
EQUILIBRIO ESTÁTICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: BUENO Rodillas: REGULAR Bípedo: MALO
EQUILIBRIO ESTÁTICO LATERAL Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: BUENO Rodillas: REGULAR Bípedo: MALO
TROFISMO: No evaluado

Escaneado con CamScanner

MARCHA
Apoyo de talón: no Realiza Apoyo medio: no Realiza Despegue de dedos: no Realiza Cadencia: no Realiza Discriminación de cinturas: no Realiza Balanceo de brazos: no Realiza
SISTEMAS COMPLEMENTARIOS: PIEL
PROPIEDADES TRÓFICAS
Coloración: CONSERVADA Sudoración: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
PROPIEDADES MECÁNICAS
Elasticidad: CONSERVADA Extensibilidad: CONSERVADA Movilidad: CONSERVADA
Cicatriz: No Escaras: No Sistema urinario: pañal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: paciente con retraso psicomotriz, limitación moderada en las Actividades, restricción moderada en la participación.
Pronóstico fisioterapéutico: reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado: Q02X-MICROCEFALIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de Ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: encuentro paciente en cuadrúpedo, se realiza valoración inicial se trabaja
TÉCNICAS: BOBATH
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Reeducación de marcha
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): se entrega plan casera
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: sábado, 17 de julio de 2021 7:26:32 p. m. - EDAD: 5 años, 7 meses y 17 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de Ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Aductores, Flexores, Extensores, Abductores Rodilla: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: BOBATH
OTROS PROCEDIMIENTOS: reeducación patrón de marcha
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente hiperactiva poco atenta ante órdenes
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado: Q02X-MICROCEFALIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: lunes, 19 de julio de 2021 1:24:45 p. m. - EDAD: 5 años, 7 meses y 24 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de Ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: BOBATH
OTROS PROCEDIMIENTOS: cambios de postura de semiarodillado a bípedo
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO NUEVO

Escaneado con CamScanner

Relacionado: Q02X-MICROCEFALIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a): MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 20 de julio de 2021 1:26:25 p. m. - EDAD: 5 años, 7 meses y 24 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: encuentro paciente en sedente, alerta paciente con presencia de sialorrea todo objeto que manipule se lo lleva a la boca, paciente inquieta no tolera un solo sitio, se inicia sesión con:
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: BOBATH, FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: movilizaciones pasivas
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado: Q02X-MICROCEFALIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a): MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: miércoles, 21 de julio de 2021 1:29:07 p. m. - EDAD: 5 años, 7 meses y 24 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: BOBATH, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado: Q02X-MICROCEFALIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a): MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: viernes, 23 de julio de 2021 1:32:06 p. m. - EDAD: 5 años, 7 meses y 24 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera:
, Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: BOBATH, FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: solitos, estimulación patrón de marcha
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que finaliza 6 sesiones de fisioterapia a la valoración final se enco

IPS HUMANA - VITAL S.A.S
Especialistas en terapias
NIT 900.217.648-1

-Paciente que logra adoptar el bipedo por mayor tiempo, realiza solitos ocasionales, camina de la mano por trayecto corto.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado: Q02X-MICROCEFALIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a): MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

Monica J Fajardo

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Dana Gabriela chaparro DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1011241242

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
14-01-2021	10:00	Encuentro Paciente en cuadrupedo en compañia de madre, se realiza valoracion inicial donde se evidencia paciente Alerta, hiperactiva realiza cambios de postura de cuadrupedo semiarrodillado a bipedo pero lo mantiene por periodo corto, falta de fuerza muscular, se adopta bipedo con balon de trabaja ejercicios de estabilidad con balon de bobath - paciente inquieta poco colaboradora, ina lizo sesion
17-01-2021	10:00	Encuentro paciente en sedente inmovilizada se traslada a colchoneta donde se trabaja ejercicios asistidos en miembros inferiores, paciente inquieta + se promueve la adopcion de bipedo con estimulos visuales pelotas juguetes para el agarre pero alta por tirarse al suelo no se cambia actividad por ejercicios en balon bobath estimulando tomas de peso bipedo finaliza sesion
19-01-2021	10:00	encuentro paciente en cuadrupedo, paciente con babeo (Sialorrea), todo lo que tiene a su alcance lo lleva a la boca, se trabaja en decubito dorsal ejer cicios asistidos en miembros inferiores paciente inquieta no tolera posiciones, se trabaja estimu los en plantas de pie con diferentes texturas se adopta bipedo con agarre lo tolera por poco tiempo pierde estabilidad dificultad para la marcha no hace Apoya plantar finaliza sesion Sin complicacion
20-01-2021	10:00	Encuentro Paciente en sedente, se trabaja con estimulacion propioceptiva, paciente inquieta no tolera actividad, se cambia donde se trabaja estabilidad en balon de bobath actividad que llama su atencion, se continua con estimulacion en plantas de pie con diferentes texturas, se adopta bipedo con ayuda mantiene por periodo corto vuelve a sedente, se intenta adoptar la postura pero no la asume finaliza sesion
21-01-2021	10:00	encuentro paciente en cuadrupedo, con Sialorrea se trabaja en decubito dorsal masaje en miembros inferiores, se estimula con diferentes texturas plantas de pie, se realiza cambios de postura de semiarrodillado a bipedo paciente tolera por corto periodo postura, se realiza estimu lo de patron de marcha, realiza salto pero vuelve adopta sedente, finaliza sesion sin complicacion, queda paciente en compañia de familiar
23-01-2021	10:00	Encuentro Paciente en cuadrupedo se trabaja masaje en miembros inferiores con diferentes texturas, se realiza estiramientos mantenidos en miembros inferiores, paciente inquieta no se queda quieta, se estimula con

Escaneado con CamScanner

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Dana Gabriela Chaparro DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1011241242

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
23-07-2021	10:00	balon de bobath Apoyo Plantar se adopta bipedo con Ayuda logra adoptar la postura por periodo corto y adopta patron flexor se realiza estimulo para reeducar marcha Paciente inquieta no tolera actividad, finaliza sesion se entrega plan casero donde se explica ejercicios para estimular marcha. queda Paciente en Compania de madre.

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1011241242 Fecha de ingreso: 14-07-2021

Apellidos: perdomo chaparro Nombres: Dana Gabriela

Documento de identidad: Tipo: R.C Numero: 1011241242 Fecha de nacimiento: Día: 30

Mes: 11 Año: 2015 Sexo: F X M Estado civil: — Municipio: Funza

Barrio: Guali Dirección: — teléfono fijo: —

Móvil: 3154777970 Correo electrónico: dokari24@gmail.com

Ocupación: — Entidad de salud: convida Vinculación: subsidiado

Empresa: — Nºterapias Diagnostico: Discapacidad Psicomotriz

Acompañante: Karen Perdomo Parentesco: madre Teléfono

Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldia

Cronologia de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: 2016

Clínica de atención primaria: —

Exámenes diagnósticos realizados: Resonada magnetica, TAC,

Atención de médicos especialistas: ortopedia

Tratamientos realizados: Terapias

Recomendaciones: Terapia Fisica

Resumen: Caravalga, Pie plano, Paciente adopta cuadrupedo semiarrodillado y sedente no realiza patron marcha adopta bipedo pero pierde estabilidad flaccidez

ANTECEDENTES:

Patológicos: microcefalia displacia cadera Traumáticos: Niega

Toxico - alérgicos: Niega / rinitis Quirúrgicos: Niega

Infecciosos: Niega Farmacológicos: Niega Acetaminofén

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:

No manifiesta

Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: conservada

Sensibilidad profunda: — — —

Espasmo: No presenta Edema: No presenta Inflamación: No presenta

Escaneado con CamScanner

Retracciones Musculares: No presenta retracciones

Atrofias musculares: miembros inferiores 2cm

Tono: hipotonica

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo _ Pie sobre el plano _ Postura intermedia _ Impulso _
Fase de balanceo: Aceleración _ Oscilación _ Desaceleración _ Alterado

Aditamentos para la marcha: NO utiliza

Esferas mentales superiores: Alteradas

Nivel de conciencia: Alerta

Memoria: Conservado

Lenguaje: Alterado

PRAXIAS
• Constructiva: Alterado
• Marcha: Alterado
• Vestirse: Alterado
• Buco – linguo – facial: Alterado
• Escritura: Alterado

GNOSIAS	
Simples	• Gustativas: Conservado • Visuales: Conservado • Olfativas: Conservado • Auditivas: Conservado
Complejas	• Visoespaciales: Alterado • Esquema corporal: Alterado

Movimientos involuntarios patológicos:

No presenta mov. involutarios

Movilidad articular:

Movilidad Articular Conservado
Sistema Sensitivo alterado

Coordinación: mala no acata ordenes

Equilibrio: Alterado no mantiene bipedo

Postura o actitud postural: actitud postural mala erguida

Otros sistemas: osteomuscular.

Observaciones:

paciente en cuadrupedo, realiza traslados gateando adopta sedente y mantiene bipedo no posee fuerza pierde la posicion

Diagnóstico fisioterapéutico: Dominio osteomuscular limitacion psicomotriz Limitacion moderada en las actividades restriccion Participacion moderada.

Firma de la terapeuta: Monica J. Fajardo **Registro:** 04775

Escaneado con CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de fisioterapia, 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 derivara ninguna consecuencia adverse respecto a la calidad del resto de la atención. Antes de firmar, es importante que lea despacio la siguiente información.

Digenos si tiene alguna duda o necesita más información, Le atenderemos con mucho gusto

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (a usted se le realizara lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- ☐ Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutanea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- ☒ Movilidad articular.
- ☒ Ejercicios activos
- ☐ Fortalecimiento
- ☒ Estiramientos
- ☒ Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- ☐ Disminución del dolor
- ☒ Aumento de arcos de movimiento
- ☒ Incremento en la fuerza
- ☒ Mejorar la estabilidad articular

Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 70% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar e incremento del dolor después del primer dia de fisioterapia
- ✓ Dolor e inflamación con cada nuevo ejercicio.

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 a alguna persona que no tenga formación profesional en salud, eje; sobanderos, chamanes, rezanderos, etc..

Fecha: 14-07-2021 Hora 10:00 N° de terapias: 6 Diagnostico: Dismadad Psicomotriz

Yo Karen Perdomo C con documento de identidad: 52664474 como (parentesco con el paciente) _____ en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) mama con documento de identidad (del paciente) _____ Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

IPS HUMANA - V
Especialistas e
Nit. 900.217

Monica J Fajardo

Firma del paciente

Cc 52664474

Firma de la terapeuta

Cc. 1.101.176.041 Registro 04775

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: 14-09-2021

Firma: [signature]

Nombre: Kairem Perdomo C

Número de identificación: 52664474

Escaneado con CamScanner

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

Nombre del paciente: Dana Gabriela Chaparro **Cedula:** 1.011 241242

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: 14-07-2021 HORA 10:00 Nº DE TERAPIAS 6

YO Karem perdomo c CON CEDULA Nº 52664474

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco mis derechos y deberes que tengo ante la IPS HUMANA VITAL.S.A.S, con NIT 900217648-1 desde el primer día en que acudí a la institución y antes que iniciara el tratamiento.

CC: 52664474
Firma del paciente

CC/ 52 218 958
firma de la representante legal

Escaneado con CamScanner

279

AUTORIZACIÓN

Yo Karem Perdomo C identificado CC con cc 52664474 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: Dana Chaparro **IDENTIFICACION** 1.011241242

FIRMA

FECHA: 14-09-2021 **HORA:** 10:00 **ALCALDIA** X **PARTICULAR**____ **ARL**____

Escaneado con CamScanner

Vitalia 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

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Monica J Fajardo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Dana chaparro **IDENTIFICACION** 1-611241242

FECHA: 14-07-2021 **HORA:** 10:00 **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

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0 SI Puntaje 25	0
Diagnostico secundario	NO Puntaje 0 SI Puntaje 15	15
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0 Puntaje 15 Puntaje 30	0
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	35

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 14-09-2021 HORA: 10:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Dana Gabriela Chaparro P. Cédula: 1011241242

DIAGNOSTICO: Discapacidad Psicomotriz

DIRECCIÓN: Cra 2c # 6-02

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: Monica J. Fajardo Cedula: 1.101.176.041

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Karen Perdomo Cedula: 52 664 474

Parentesco del paciente: K. mama Firma:

Escaneado con CamScanner