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: Dama Sara cadena Pulido

DIRECCIÓN: Cra 78 #109-28 Cl 501 **TELÉFONO:** 3209999490

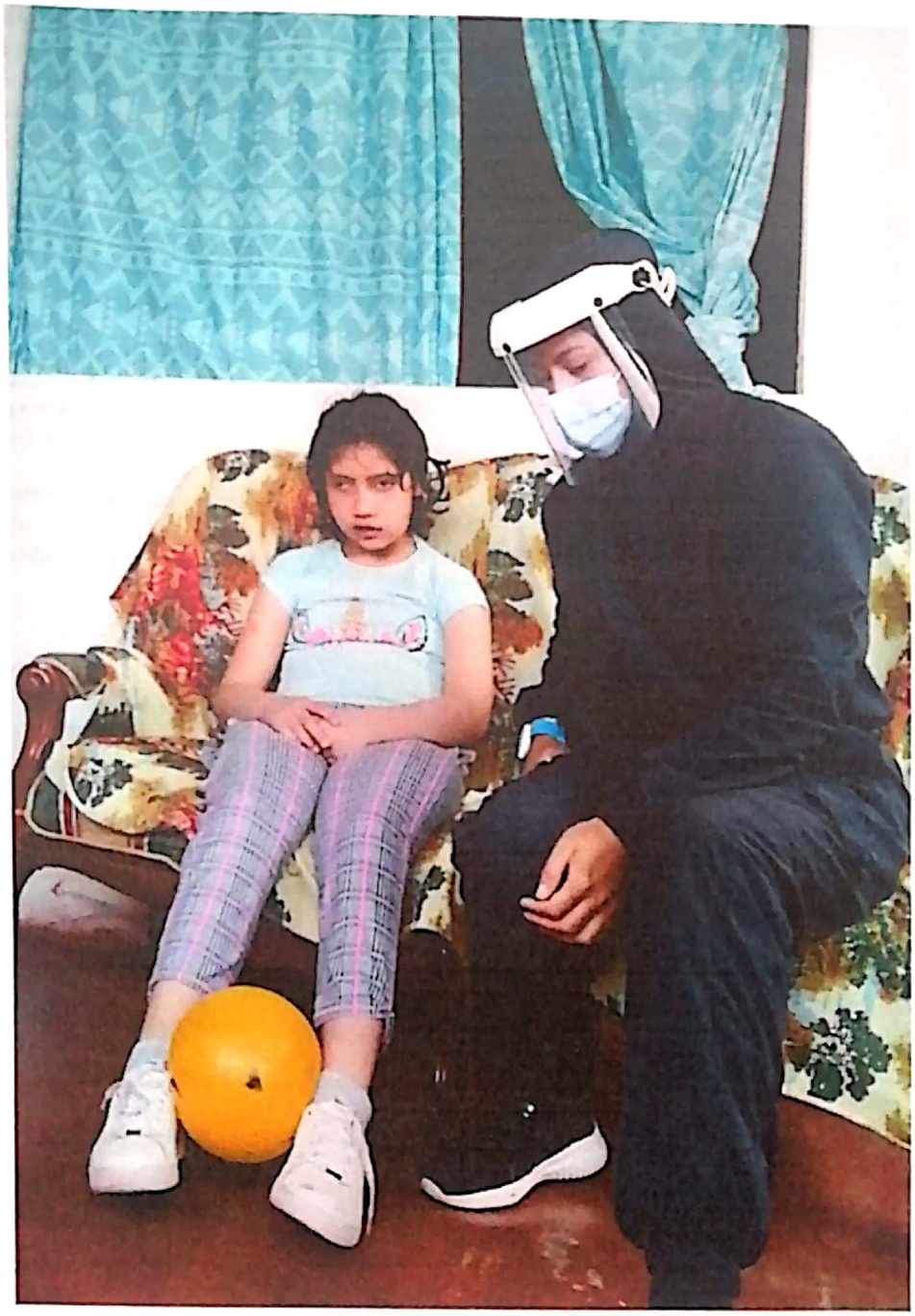
FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
2/08/21	9:00 Am	Beatriz Pulido Vargas.
3/08/21	9:00 Am	Beatriz Pulido Vargas.
4/08/21	9:00 Am	Beatriz Pulido Vargas
5/08/21	9:00 Am	Beatriz Pulido Vargas
6/08/21	9:00 Am	Beatriz Pulido Vargas
7/08/21	9:00 Am	Beatriz Pulido Vargas.

Escaneado con CamScanner

1035

DANNA SOFIA CASTRO PULIDO

TI: 1074345379



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, miércoles, 11 de agosto de 2021 19:36:45

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.074.345.379

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	DANNA SOFIA CASTRO PULIDO
Identificación	TI 1.074.345.379 Edad: 9 años, 7 meses y 8 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) martes, 03 de enero de 2012
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 18 N°10A -28 Teléfono: 8262824/3132447850
Ocupación	ESTUDIANTE
Responsable	BEATRIZ PULIDO Parentesco: MADRE Teléfono: 3132447850
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: lunes, 2 de agosto de 2021 9:18:56 p. m. - EDAD: 9 años, 7 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
TECNICAS: BOBATH
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia MANEJO DE: Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria por continuidad, a la valoracion inicial se evidencia:

- Paciente no refiere dolor
- Realiza marcha hemipléjica
- Se evidencia patrón flexor de extremidad superior derecha y extensor en inferior derecha
- Desempeño muscular de 3-/5 según Daniels para agonistas y antagonistas de tren superior e inferior
- Retracción moderada de músculos trapecio fibras superiores, escalenos, deltoides anterior, dorsal ancho, aductor de cadera, isquiotibiales y gemelos.
- No presenta inflamación ni edema
- Se evidencia alteración en equilibrio dinámico
- Alteración en agarre de MMSS derecho

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 3 de agosto de 2021 9:23:50 p. m. - EDAD: 9 años, 7 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente presenta alteración en comportamiento lo que no permite finalizar la sesión de forma adecuada
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS

Escaneado con CamScanner

Principal: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 4 de agosto de 2021 9:25:06 p. m. - EDAD: 9 años, 7 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores,, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
TECNICAS: BOBATH
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 5 de agosto de 2021 9:26:19 p. m. - EDAD: 9 años, 7 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
TECNICAS: BOBATH
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 6 de agosto de 2021 9:27:35 p. m. - EDAD: 9 años, 7 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios de propiocepción viso manual
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 7 de agosto de 2021 9:28:19 p. m. - EDAD: 9 años, 7 meses y 5 días

Escaneado con CamScanner

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente con alteración de comportamiento lo que se dificulta llevar a cabo la sesión de terapia de forma adecuada, se realiza a tolerancia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562
Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia, a la valoración final se evidencia:

- Paciente quien no refiere dolor
- Paciente realiza marcha hemipléjica
- Se evidencia patrón flexor marcado en miembro superior derecho y patrón extensor en miembro inferior derecho
- Continua desempeño muscular de 3-/5 según Daniels para agonistas y antagonistas de tren superior e inferior
- Continua retracción moderada de músculos trapecio fibras superiores, escalenos, deltoides anterior, dorsal ancho, aductor de cadera, isquiotibiales y gemelos.
- No se evidencia inflamación ni edema
- Mejoro levemente equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
- Paciente con constantes cambios de comportamiento lo que en ocasiones dificulta el desarrollo de la terapia

Se recomienda control con médico tratante y continuar realizando los ejercicios en casa
- Continua alteración en pinzas y agarre de miembro superior derecho
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

IPS HUMANA - VITAL S A S
Especialistas en terapias
Nit 900.217.648-1

FT: Sindy Fernández
RM: 029562

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Donna Sofia Castro DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1024345339

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
2/08/21	9:00 Pm	Paciente previa cita de sesiones de fisioterapia, a la valoración física se evidencia alteración en el comportamiento, no refiere dolor, mmss derecho hemiplejico a nivel muscular parcial leve reducida, se evidencia alteración en equilibrio dinámico propiocepción usomanual y usgestica, decremento muscular de 2-1/5 según escala de daniels para hemicuerpo derecho y de 2/5 según daniels para hemicuerpo izquierdo, se remite sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernanda Rm:1024562
3/08/21	9:00 Pm	se realizan ejercicios de movilidad articular activa y pasiva en mmss derecho ejercicios de equilibrio y propiocepción usomanual se remite sin complicaciones. fisioterapeuta: sindy fernandez rm:1024562
4/08/21	9:00 Pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss derecho y pasivos, ejercicios de equilibrio dinámico y propiocepción usomanual, se realizan ejercicios de desplazamientos antero-laterales, se remite sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernandez, Rm:1024562
5/08/21	9:00 Pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii, se realiza movilización de tono y drenaje en mmss derecho. Se realizan ejercicios de propiocepción usomanual y usgestica se remite sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernandez. Rm:1024562
6/08/21	9:00 Pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii, se realizan ejercicios con música, se realizan ejercicios de propiocepción usomanual y usgestica con balón, se realizan ejercicios de equilibrio dinamico, se remite sin complicaciones fisioterapeuta: sindy fernandez. Rm:1024562
7/08/21	9:00 Pm	Paciente quien inicia acto de sesiones de fisioterapia, a la valoración inicial se evidencia, paciente con alteración del comportamiento, lenguaje lacónico conservado, presenta patrón flexor en mmss derecho y patrón extensor en mmii derecho, presenta paresia hemisferica, alteración en equilibrio dinamico y propiocepción usgestica, decremento muscular de 2+/5 en hemicuerpo izquierdo y 2-/5 según daniels en hemicuerpo derecho, no se evidencia edema, se remite sin complicaciones. fisioterapeuta: sindy fernandez. Rm:1024562

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1074345379 Fecha de ingreso: 2/08/21
Apellidos Castro Pulido Nombres Dana Sofía
Documento de identidad: Tipo: TI Numero: 1074345379 Sexo: F X M
Fecha de nacimiento: Día: 3 Mes: 01 Año: 2012 Estado civil: Soltera
Municipio: Funza Barrio: el Sol Dirección: Cra 78 #10a-28
teléfono fijo: N.R Móvil: 3209984440 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: N.R
EPS: Famisanar Contributivo: Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Epilepsia, encefalitis Rasmussen CIE10 G409 Nº terapias 6
Acompañante: Beatriz pulido Parentesco: mamá Teléfono 3209984440

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

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: Desde los 2 años

Clínica de atención primaria: Clínica Infantil

Exámenes diagnósticos realizados: TAC, resonancia

Atención de médicos especialistas:

Tratamientos realizados: Cirugía, Hemisferectomía

Recomendaciones: —

Resumen: "le hicieron cirugía en su cabeza, y desde ahí su comportamiento ha cambiado"

ANTECEDENTES:

Patológicos: Epilepsia Traumáticos: caída
Toxico - alérgicos: Risperidona Quirúrgicos: Fx codo izquierdo
Infecciosos: NO Farmacológicos:
Oxcarbazepina, Oxcarbazepina, Lacosamida

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:
NO refiere
Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: —

Sensibilidad profunda: —

Espasmo: — Edema: — Inflamación: —

Escaneado con CamScanner

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

Retracciones Musculares: —

Atrofias musculares: No

Tono: Sin alteración

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

Aditamentos para la marcha: NO

Esferas mentales superiores:

Nivel de conciencia: Alterado

Memoria:

Lenguaje: Levemente conservado

PRAXIAS	
Constructiva	✓
Marcha	✓
Vestirse	asistencia
Buco – linguo – facial	✓
Escritura	✓

Movimientos involuntarios patológicos:

GNOSIAS		
Simples	Gustativas	✓
	Visuales	✓
	Olfativas	✓
	Auditivas	✓
Complejas	Visoespaciales	✓
	Esquema corporal	✓

NO presenta

Movilidad articular:

Trago de la oreja perdida movilidad en mano derecha

Coordinación: levemente conservado

Equilibrio: levemente conservado

Postura o actitud postural: Asiente usual mareha independiente

Otros sistemas: SA

Observaciones:

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio osteomuscular y neuromuscular en categorías de dolor, desempeño muscular, Aunque motivo que la limitan a ejecutar NO.

Firma terapeuta: Sindy Fernández **Registro:** 074562

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 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 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) 30% **de su recuperación.**

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar e incremento del dolor después del primer día 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: 21/08/19 **Hora** 9:00am **N° de terapias:** 6 **Diagnostico:** Epilepsia

Yo Beatriz Pulido Vargas **con documento de identidad:** 39762164 **como (parentesco con el paciente)** madre **en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente)** Danna Sofia Castro **con documento de identidad (del paciente)** 1074345379 **Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.**

IPS HUMANA - VITAL
Especialistas en tera
Nit. 900.217 648 -

Beatriz Pulido Vargas

Firma del paciente

Cc 39762164

Sindy Fernández

Firma de la terapeuta

Cc. 1073516237 **Registro** 021562

Escaneado con CamScanner

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

Autorización para el tratamiento de datos personales

Trabajadores de la IPS

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

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

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

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

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 21/02/22

Firma: Beatriz Pulido V.

Nombre: Beatriz Pulido V.

Número de identificación: 39762164

Escaneado con CamScanner

1044

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

Nombre del paciente: Diana Sofia Cesbo **Cedula:** TI: 1024345379

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: 21/08/21 HORA 9:00am Nº DE TERAPIAS 6

YO Beatriz Pulido V. CON CEDULA Nº 39762164

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.

Beatriz Pulido V.
CC: 39762664
Firma del paciente

Judy Garzón Ruiz
CC 52 218 958
firma de la representante legal

Escaneado con CamScanner

1045

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

AUTORIZACIÓN

Yo Beatriz Pulido Vargas identificado con cc 39762164 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: Dama Sofia Castro **IDENTIFICACION** 1024245279

FIRMA Beatriz Pulido V.

FECHA: 2/08/21 **HORA:** 9:00am **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

1046

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Remónder

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Damia sofia Castro IDENTIFICACIÓN 1074345509

FECHA: 26/08/22 HORA: 9:00 Am ALCALDÍA ✓ PARTICULAR_____ ARL_____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Beatriz Pulido V.
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Beatriz Pulido V.
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Beatriz Pulido V.
PLAN CASERO	Beatriz Pulido V.
AUTORIZACIÓN DE REGISTRO FOTOGRÁFICO	Beatriz Pulido V.

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	0
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	10
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	0
	TOTAL	10

Escaneado con CamScanner

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 2/08/27 HORA: 9:00 am

NOMBRE DEL PACIENTE: Danna Sofia Castro Cédula: 1074345379

DIAGNOSTICO: Epilepsia

DIRECCIÓN: cra 78 #109-78

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
1. Acueducto y alcantarillado	✓	
2. Luz	✓	
ESPACIO		
3. Ventilación óptima	✓	
4. Normas de higiene básica	✓	
5. Es suficientemente amplio para el paciente, la terapeuta y un acompañante	✓	
6. Cuenta con tomas eléctricas en buen estado	✓	
7. Normas de seguridad básicas para el paciente (Pisos, baños, escaleras)	✓	
8. Muebles del entorno del paciente en buen estado	✓	
9. Cama en buen estado	✓	
ACCESO		
10. Existe medios de transporte que lleguen o aproximen al domicilio.	✓	
11. Las vías cerca al domicilio son transitables.	✓	
12. El entorno donde se encuentra ubicado el domicilio es seguro (Índice de delincuencia mínima)	✓	

OBSERVACIONES:

¿Se puede realizar la terapia en el domicilio evaluado? SI ✓ NO

Si su respuesta es NO describa por qué:

Datos del evaluador:

NOMBRE: Sindy Fernández Cedula: 1073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Beatriz Rubio V. Cedula: 39762164

Parentesco del paciente: 39762164 Firma: Beatriz Rubio V.

Escaneado con CamScanner