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: David Santiago montoya Calderón

DIRECCIÓN: Cll 10 # 27-06 **TELÉFONO:** 3228100780

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
2/08/2021	8:00 Am	Emilce Calderon
3/08/2021	9:00 Am	Emilce Calderon.
4/08/2021	8:00 Am	Emilce Calderon
5/08/2021	9:00 Am	Emilce Calderon
6/08/2021	8:00 Am	Emilce Calderon.
7/08/2021	8:00 Am	Emilce Calderon

Escaneado con CamScanner

1100

DAVID SANTIAGO MONTOYA

TI: 1028403953



Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, miércoles, 11 de agosto de 2021 19:29:35

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.028.403.953

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	DAVID SANTIAGO MONTOYA CALDERON
Identificación	CC 1.028.403.953 Edad: 9 años, 7 meses y 10 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) domingo, 01 de enero de 2012
Residencia	FUNZA Dirección: CLL 10 NRO 20-30 SANTA TERESITA Teléfono: 3228120780/3138603548
Ocupación	-
Responsable	- Parentesco: FAMILIAR Teléfono: 3228120780
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo afiliación: SUBSIDIADO

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

FECHA CONSULTA: lunes, 2 de agosto de 2021 9:43:53 p. m. - EDAD: 9 años, 7 meses y 7 días

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No refiere

HOSPITALARIOS: No refiere

QUIRURGICOS: No refiere

TRAUMATICOS: No refiere

TOXICO ALERGICOS: Buscapina

FARMACOLOGICOS: Clonazepam

oscarbacepina

PATOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitida por alcaldía, madre refiere " Tiene la cadera izquierda luxada, va para cirugía "

DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de parálisis cerebral espástica, con un tiempo de evolución de 9 años

OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en cama en compañía de madre y cuidadora

ESTADO DE CONCIENCIA: Somnoliento

DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR

ORIENTACION Persona: ALTERADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA

NOGSIAS Visual: ALTERADA Táctil: ALTERADA Auditiva: ALTERADA Gustativa: ALTERADA Olfativa: ALTERADA

PRAXIAS Ideacional: ALTERADA Ideomotora: ALTERADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: ALTERADA

Comunicación: ALTERADA Lateralidad:

SISTEMA SENSITIVO:

SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: ALTERADA Dolor: ALTERADA Temperatura: ALTERADA

SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: ALTERADA Vibración: ALTERADA Propiocepción: ALTERADA

SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: ALTERADA Esterognosia: ALTERADA Topognosia: ALTERADA Grafestesia: ALTERADA Discriminación 2 puntos: ALTERADA

SISTEMA MOTOR

Tono: presenta variación Observación: miembros superiores en patron flexor y miembros inferiores en patrón cruzado Palpación: No presenta variación

Movimiento: presenta variación

CONTRACTURAS: en articulación de muñecas de forma bilateral DEFORMIDADES: Ninguna

VALORACION FUNCIONAL: No realizada

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)

Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE Prono a supino: NO ADOPTA Sedente a cuadrúpedo: NO ADOPTA Cuadrúpedo a rodillas: NO ADOPTA Rodillas a bípedo: NO ADOPTA

ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA

MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balsismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO

TRASLADOS: Independiente: NO Ayuda externa: NO Marcha: NO

COORDINACION: Fina (viso manual): MALA Gruesa (visopedica): MALA

EQUILIBRIO DINAMICO: MALO

EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: MALO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO

EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: MALO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO

TROFISMO: No evaluado

MARCHA

Escaneado con CamScanner

Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: No Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: No Realiza Discriminación de cinturas: Realiza Balanceo de brazos: Realiza
SISTEMAS COMPLEMENTARIOS: PIEL
PROPIEDADES TROFICAS
Coloración: CONSERVADA Sudoración: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
PROPIEDADES MECANICAS
Elasticidad: CONSERVADA Extensibilidad: CONSERVADA Movilidad: CONSERVADA
Cicatriz: No Escaras: No Sistema urinario: Paciente hace uso de pañal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de parálisis cerebral, presenta alteración en los dominios osteomuscular y neuromuscular en las categorías
de rangos de movilidad articular, desempeño muscular, función motora, lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, ROOD
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Isometría, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Valoracion inicial y primera sesión
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 3 de agosto de 2021 9:52:02 p. m. - EDAD: 9 años, 7 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones pasivas, modulación de tono, se trabajan patrones diafragmáticos para mejoria de patrón respiratorio. Se realizan estiramientos generales. Se realiza Higiene postural. Paciente finaliza en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
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 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 9:54:07 p. m. - EDAD: 9 años, 7 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
OTROS PROCEDIMIENTOS: descargas de peso y aproximaciones articulares
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural
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 NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

Escaneado con CamScanner

FECHA CONSULTA: jueves, 5 de agosto de 2021 9:55:05 p. m. - EDAD: 9 años, 7 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 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, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural
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 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 9:56:07 p. m. - EDAD: 9 años, 7 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
OTROS PROCEDIMIENTOS: aproximaciones articulares
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, 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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA 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 9:57:49 p. m. - EDAD: 9 años, 7 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones pasivas, modulación de tono, se trabajan patrones diafragmáticos para mejoría de patrón respiratorio. Se realizan estiramientos generales. Se realiza Higiene postural. Paciente finaliza en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
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 NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562
NOTA ACLARATORIA O COMPLEMENTARIA: miércoles, 11 de agosto de 2021 7:29:07 p. m.
Paciente finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia a la valoración final se evidencia:

-Paciente con alteración en esferas mentales superiores
-Paciente con alteración en lenguaje
-Paciente quien permanece la mayor parte del tiempo en posición supina y requiere ayuda para cambios de posición
-Presenta contracturas marcadas en articulación de muñecas de forma bilateral
-Continúan retracciones musculares moderadas para gastro soleos, isquiotibiales, bíceps, palmares de forma bilateral
-No se evidencia edema ni inflamación
-Propiocepción viso manual y Propiocepción alterada
-Rangos de movilidad articular conservados a la movilización pasiva
-Presenta patrón flexor marcado en miembros superiores y patrón cruzado en miembros inferiores
- Paciente quien no presenta control cefálico en sedente corto

Escaneado con CamScanner

se recomienda control con médico tratante y continuar con fisioterapia
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

IPS HUMANA - VITAL S.A.S
Nit 900.217.648-1

FT: Sindy Fernández
Rm: 029562

Escaneado con CamScanner

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: David Santiago Montoya **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1028403953

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
2/08/21	8:00 pm	Paciente quien inicia dolor de terapias, a la valoración inicial se evidencia alerta en cama, 100% dependiente para actividades de la vida diaria, hace tránsito lúcido en cuello izquierdo, presenta contracturas musculares en articulación de muñecas, patrón cerrado en mano derecha bilateral, para mmss y paciente que no realiza marcha, no regula cambios de decúbito. Ofrecido del habla, no tiene control cefálico, se moviliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. RM: 029562
3/08/21	8:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad pasiva en mmss y mmii de forma bilateral, modulación de tono, descargas de peso y aproximaciones articulares, se realiza higiene postural, se moviliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. RM: 029562
4/08/21	8:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad pasiva, modulación de tono, descargas de peso y aproximaciones articulares, se realiza estiramiento pasivo, se moviliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. RM: 029562
5/08/21	8:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa pasiva en mmss y mmii, musculares, modulación de tono, descargas de peso y aproximaciones articulares, se moviliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. RM: 029562
6/08/21	8:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa pasiva en mmss y mmii, modulación de tono, descargas de peso, aproximaciones articulares, higiene postural. Se moviliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. RM: 029562
7/08/21	8:00 pm	Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia, en la valoración final se evidencia: alteración en esferas mentales superiores, paciente quien no regula control cefálico, ni cambios de posición de forma independiente, paciente presenta rigidez Hora en mmss y rigidez grado en mmii, contracturas marcadas en articulación de muñecas de forma bilateral, se evidencia retracciones musculares - severas en gastrocnemios, isquiotibiales y cuadriceps, paciente en cama 100% dependiente se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. RM: 029562

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1028403953 Fecha de ingreso: 2/08/21
Apellidos Montoya Calderón Nombres David Santiago
Documento de identidad: Tipo: TI Numero: 1028403953
Fecha de nacimiento: Día: 31 Mes: 01 Año: 2012 Sexo: F ___ M X
Municipio: Tuna Barrio: Sta Teresita Diracción: Calle 10# 27-06
teléfono fijo: N.R Móvil: 3228120780 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: N.R
EPS: Famisanar Contributivo: ___ Subsidiado: X
Diagnóstico: Parálisis Cerebral CIE10 G800 Nº terapias 6
Acompañante: Enilse Calderón Parentesco: Mamá Teléfono 3228120780

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: Nacimiento

Clínica de atención primaria: Hospital de Tuna

Exámenes diagnósticos realizados: Resonancia, TAC

Atención de médicos especialistas: Neurología, pediatría

Tratamientos realizados: Gastrostomía

Recomendaciones:

Resumen: "Tiene la cadera luxada más la rayada, va para cirugía"

ANTECEDENTES:

Patológicos: NO Traumáticos: NO
Toxico - alérgicos: Risperidona Quirúrgicos:
Infecciosos: NO Farmacológicos:
clonazepam, escitalopram

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:
Mamá refiere que el dolor lo manifiesta con una risa al momento de mover la rayada Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: N.A

Sensibilidad profunda: N.A

Espasmo: — Edema: — Inflamación: —

Escaneado con CamScanner

1107

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

Retracciones Musculares: isquiotibiales, cuadriceps

Atrofias musculares: Generalizada

Tono: Espasticidad

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 usa

Esferas mentales superiores: alteradas

Nivel de conciencia: alterada

Memoria: alterada

Lenguaje: alterada

PRAXIAS	
Constructiva	no
Marcha	no
Vestirse	no
Buco – linguo – facial	no
Escritura	no

Movimientos involuntarios patológicos: no presenta

GNOSIAS		
Simples	Gustativas	no
	Visuales	no
	Olfativas	no
	Auditivas	no
Complejas	Visoespaciales	no
	Esquema corporal	no

Movilidad articular:

pasivo libre en mmss y pasivo guiado en mmii

Coordinación: alterada

Equilibrio: alterada

Postura o actitud postural: paciente en cama

Otros sistemas: —

Observaciones:

/ / /

Diagnostico Fisioterapéutico: paciente con alteración en dominios ostcomuscular y neuromuscular en categorías de rom, desempeño muscular, funcionalidad que lo limita a ejecutar actividades de la vida diaria.

Firma terapeuta: Sindy Fernández **Registro:** 092862

Escaneado con CamScanner

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

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.

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) 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: 2/08/21 Hora 8:00 N° de terapias: 6 Diagnostico: parálisis cerebral

Yo Emilce Calderon con documento de identidad: 1032444769 como (parentesco con el paciente) _____ en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Mama con documento de identidad (del paciente) 1028403953 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 -

Emilce Calderon
Firma del paciente

Cc 1032444769

Sindy Fernández
Firma de la terapeuta

Cc. 1073516337 Registro 079362

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: 2/08/22

Firma: Emilce Calderon

Nombre: _____

Número de identificación: 1032444769

Escaneado con CamScanner

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

Nombre del paciente: David Santiago montoya **Cedula:** 1028403453

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	/		COLERA	/	
HERPES	/		H1N1	/	
DIFTERIA	/		HEPATITIS	/	
NEUMONIA		/	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	/	
TUBERCULOSIS	/		CANCER	/	

"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: 2/08/22 HORA 8:00 am Nº DE TERAPIAS 6

YO Emilce Calderon CON CEDULA Nº 1032444769

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.

Emilce Calderon
CC: 1032444769
Firma del paciente Emilce Calderon

CC 52 218 958
firma de la representante legal

Escaneado con CamScanner

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 Emilce calderon identificado con cc 1032444769 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: David Santiago montoya **IDENTIFICACION** 1028403953

FIRMA Emilce calderon

FECHA: 21/08/22 **HORA:** 8:00 am **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Hernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: David Montoya IDENTIFICACIÓN 1028403953

FECHA: 7/08/21 HORA: 8:00 Am ALCALDÍA ✓ PARTICULAR_____ ARL_____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Emilce Calderon
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Emilce Calderon
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Emilce calderon
PLAN CASERO	Emilce calderon
AUTORIZACIÓN DE REGISTRO FOTOGRÁFICO	Emilce Calderon

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	0
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	15
	TOTAL	25

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 2/08/21 HORA: 8:00 Am

NOMBRE DEL PACIENTE: David Santiago montoya Cédula: 1028403953

DIAGNOSTICO: Parálisis cerebral

DIRECCIÓN: Cll 10 # 27-06

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: Emilce Calderon Cedula: 1032444789

Parentesco del paciente: Madre Firma:

Escaneado con CamScanner