1114

	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2018 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MAYO 2018

HOJA DE RUTA DIARIA

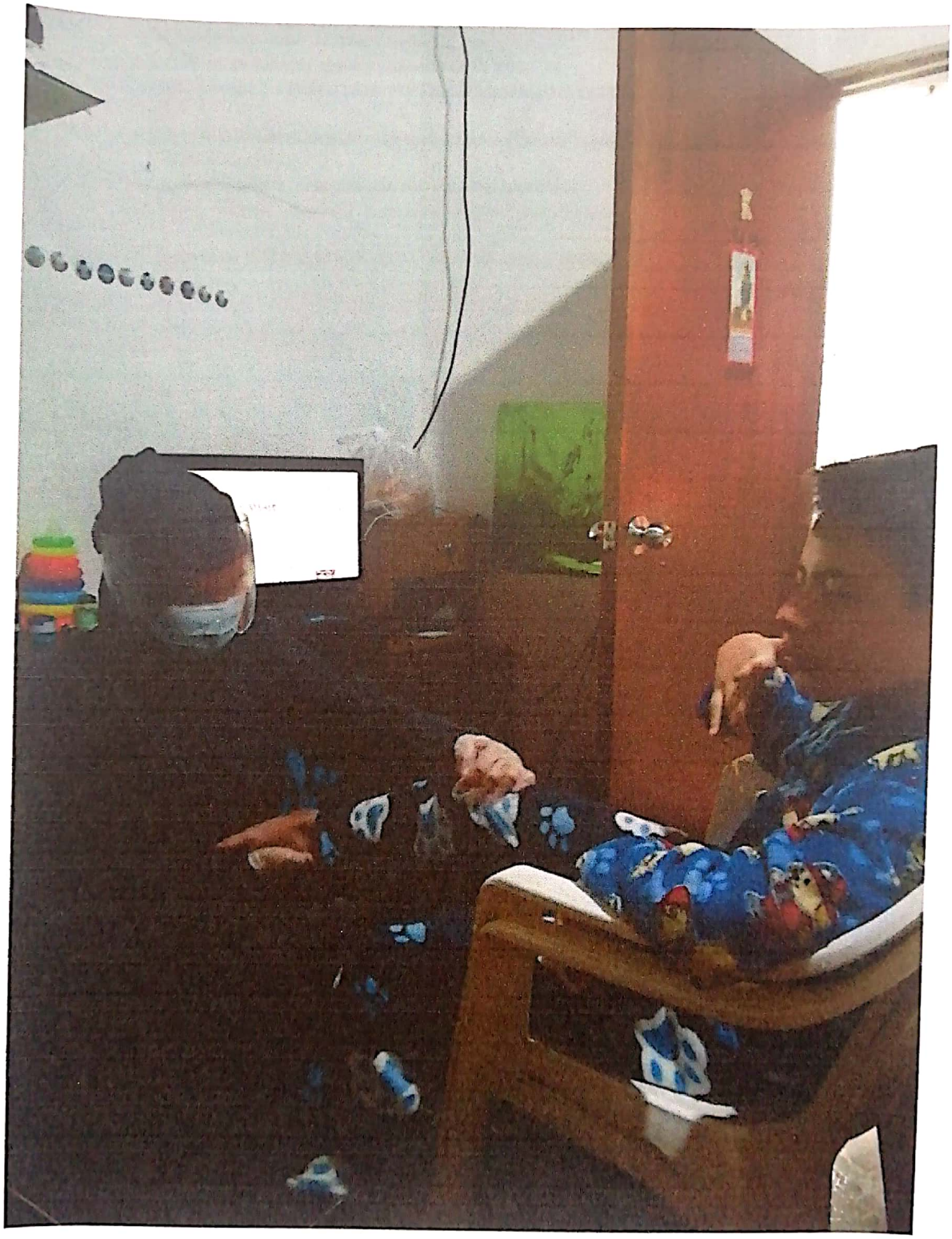
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Diego Tomas Ouran

DIRECCIÓN: Cll 20A # 12-27 TELÉFONO: 3223053838

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
02-08-2021	11400	Adriana Maria Flores Moreno
03-08-2021	11+30	Adriana Maria Flores Moreno
04-08-2021	10+30	Adriana Maria Flores Moreno
05-08-2021	11+30	Adriana Maria Flores Moreno
09-08-2021	11+30	Adriana Maria Flores Moreno

Escaneado con CamScanner

Diego Tomas Florez Duran TI 1031425510



Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, martes, 10 de agosto de 2021 08:03:05

HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPIA No. 1.031.425.510

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	DIEGO TOMAS DURAN FLÓREZ
Identificación	CC 1.031.425.510 Edad: 12 años, 6 meses y 23 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) domingo, 18 de enero de 2009
Residencia	FUNZA Dirección: CLL 21 NRO 12-27 Teléfono: 3124898943/3223053838
Ocupación	HOGAR
Responsable	ADRIANA MARÍA FLÓREZ MORENO Parentesco: MAMÁ Teléfono: 3124898943
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDÍA 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 7:35:09 a. m. - EDAD: 12 años, 6 meses y 23 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRÚRGICOS: gastrosquisis
TRAUMÁTICOS: No refiere
TOXICO ALÉRGICOS: No refiere
FARMACOLÓGICOS: No refiere
PATOLÓGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: paciente masculino de 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral, remite la alcaldía de Funza para valoración y manejo
DIAGNOSTICO MEDICO: paciente que nació prematuro se queda en UCI madre refiere que el niño sufría de RGE y que presento bronco aspiración dentro de la unidad, mantuvo con gastrostomía durante año y medio la cual la madre decide no continuar y hace el retiro de esta, paciente con pie equino varo pendiente cirugía

OBSERVACIÓN GENERAL: paciente en sedente con limitación en el sistema neuromuscular
ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACIÓN Persona: CONSERVADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: ALTERADA Ideomotora: ALTERADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: ALTERADA
Comunicación: NO VERBAL Lateralidad: DERECHO
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: hipertonía Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: pie equino varo
VALORACIÓN FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: BUENO Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: MALO
IZQUIERDO Cabeza: BUENO Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: MALO
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECÚBITO)
Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE Sedente a cuadrúpedo: ADOPTA/MANTIENE Cuadrúpedo a rodillas: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Rodillas a bípedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA
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): REGULAR
EQUILIBRIO DINÁMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTÁTICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: MALO
EQUILIBRIO ESTÁTICO LATERAL Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: MALO

Escaneado con CamScanner

TROFISMO: No evaluado
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 diagnóstico de parálisis cerebral, dominio neuromuscular alteración en las categorías de ROM; fuerza, Resistencia, patrón de marcha limitación en las AVD, restricción en la participación
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Se realiza valoración inicial en compañía de la madre
MIN Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos, Rotadores externos
TÉCNICAS: FNP
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): se entrega y explica plan casero
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: martes, 3 de agosto de 2021 7:46:29 a. m. - EDAD: 12 años, 6 meses y 23 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: encuentro paciente en sedente en compañía de familiar, paciente ansioso se requiere colaboración de familiar
DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever
TÉCNICAS: BOBATH
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: miércoles, 4 de agosto de 2021 7:48:48 a. m. - EDAD: 12 años, 6 meses y 23 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Inver y ever, Dorsiflexión, Plantiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: movilidad articular céfalo caudal
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos MANEJO DE: Agarres
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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: jueves, 5 de agosto de 2021 7:53:00 a. m. - EDAD: 12 años, 6 meses y 23 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever
OTROS PROCEDIMIENTOS: movilidad articular
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos 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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: lunes, 9 de agosto de 2021 7:59:21 a. m. - EDAD: 12 años, 6 meses y 23 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever
TÉCNICAS: BOBATH
OTROS PROCEDIMIENTOS: movilidad articular
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): se finaliza sesiones de fisioterapia, paciente que adopta sedente con piernas flexionadas se le sugiere al familiar realizar corrección para mejorar la postura, paciente activo realiza agarres a mano llena, se desplaza en sus rodillas lo que le ha generado callo en ambas. Se recuerda realizar ejercicios de plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

Mónica Fajardo

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

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

6806

NOMBRE DEL PACIENTE: Diego Tomas Duran DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1031 425 510

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
02-08-2021	11+00	Encuentro Paciente Semiarrodillado en cama en compañia de madre, paciente agresivo e inquieto dificultando valoracion, se realiza examen donde se evidencia deformidad en cuello de pie, pacente que no se comunica, refiere madre haber presentado convulsiones el año pasado no referir mas, pacente realiza cambios de postura no adopta bipedo. Finaliza con movilizaciones pasivas.
03-08-2021	11+36	Encuentro Paciente en sedente en compañia de familiar, se inicia sesion con estiramientos mantenidos en miembros inferiores, se trabaja ejercicios uniplanares y de flexo-extension en miembros inferiores, se trabaja ejercicios de alcances con balon, paciente inquieto ante actividad queda paciente estable en sedente
04-08-2021	10+30	Encuentro Pacente en decubito dorsal, se trabaja masaje manual en miembros inferiores, pacente inquieto ante manipulacion, se hace necesario colaboracion de familiar, se continua con ejer estiramientos mantenidos en cuello de pie y miembros inferiores finaliza con ejercicios activos-asistidos con balon en miembros superiores queda pacente en sedente
05-08-2021	11+30	Encuentro Pacente en decubito dorsal inquieto se hace necesario ayuda de familiar se calma y se inicia sesion con masaje manual en miembros inferiores, se trabaja estiramientos mantenidos en cuello de pie, rodilla y caderas, Paciente inquieto, se ausenta en la esquina de su cama se motiva con pelota pero evade, se pausa unos minutos y prosigue con ejercicios uniplanares y de flexo-extension. queda paciente en sedente en compañia de familiar
09-08-2021	11+30	encuentro Paciente estable alerta en compañia de familiar, se inicia sesion con masaje manual en miembros inferiores, con enfasis en cuello de pie, Paciente inquieto ante manipulacion se pausa y prosigue con estiramientos mantenidos cefalo-caudal, se continua con ejercicios activos asistidos en miembros inferiores Finaliza sesion sin complicacion queda pacente en sedente.

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1031 423 310 Fecha de ingreso: 02-08-2021
Apellidos Duran Flores Nombres Diego Tomas
Documento de identidad: Tipo: TI Numero: 1031423310 Sexo: F ___ M X
Fecha de nacimiento: Día: 10 Mes: 01 Año: 2009 Estado civil: soltero
Municipio: Funza Barrio: Aurora Dirección: cll 20A N 12-2
teléfono fijo: — Móvil: 3223033838 Correo electrónico: —
Empresa: — Ocupación: —
EPS: Sanitas Contributivo: ___ Subsidiado: X
Diagnóstico: Encefalopatia hipoxemica CIE10 ___ Nº terapias ___
Acompañante: Mag Adriana Perentesco: Madre Teléfono ___

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

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: 2 meses y medio

Clínica de atención primaria: —

Exámenes diagnósticos realizados: resonanaa magnetica

Atención de médicos especialistas: Neurologia

Tratamientos realizados: Terapia Fisica, ocupacional

Recomendaciones: terapia fisica

Resumen: Gastroquisis, descuido y genero hipoxia, manifiesta madre enfermedad por negligencia pie equino valgo

ANTECEDENTES:

Patológicos: Niega Traumáticos: niega
Toxico - alérgicos: Niega Quirúrgicos: gastroquisis
Infecciosos: Niega Farmacológicos: Niega

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

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

Retracciones Musculares: Isquiotibiales, Peroneos, tibiales

Atrofias musculares: miembros inferiores

Tono: hipertonia

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 realiza patron marcha

Esferas mentales superiores: Alteracion

Nivel de conciencia: Alerta, confuso

Memoria:

Lenguaje: no habla

PRAXIAS
- Constructiva: Alterada
- Marcha: Alterado
- Vestirse: Alterado
- Buco – linguo – facial: Alterado
- Escritura: Alterado

Movimientos involuntarios patológicos: con las convulsiones, miembros superiores manifiesta madre

GNOSIAS	
Simples	Gustativas: Alterado
	Visuales: conservado
	Olfativas: conservado
	Auditivas: conservado
Complejas	Viscoespaciales: Alterado
	Esquema corporal: Alterado

Movilidad articular: regular en miembros Inferiores

Coordinación: Alterado

Equilibrio: Alterado, pierde ante estimulos

Postura o actitud postural: Alterado

Otros sistemas: osteomuscular

Observaciones: Paciente que mantiene en cama semarrodillado se evidencia cayo en rodillas bilateral

Diagnostico Fisioterapéutico: Dominio osteomuscular y neuromuscular Limitación moderada en AVD para edad, restriccion participacion moderada

Firma terapeuta: Monica J. Fajardo Registro: 04775

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 entienda en que consiste el tratamiento y nos autorize 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.

Dígenos 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: _____
- [x] Movilidad articular.
- [x] Ejercicios activos
- [x] Fortalecimiento
- [x] Estiramientos
- [x] Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- [ ] Disminución del dolor
- [x] Aumento de arcos de movimiento
- [x] Incremento en la fuerza
- [x] Mejorar la estabilidad articular

Otras: _____

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

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar o incremento del dolor después del primer día de fisioterapia
- ✓ Dolor o 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 salud.
- ✓ 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, charranes, rezanderos, etc..

Fecha: 02-08-2021 Hora 11:00 N° de terapias: 5 Diagnostico: Encefalopatia

Yo Adriana Maria Flores Moreno con documento de identidad: 1087121092 como (parentesco con el paciente) madre en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Juan Diego Duran con documento de identidad (del paciente) 1031423510 Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

Adriana Maria Flores Moreno

Firma del paciente

Cc 1087121092

Monica J Fajardo

Firma de la terapeuta

Cc. 1.bl.A6041 Registro 64773

IPS HUMANA - VITAL S
Especialistas en terap
Nit. 900.217 648 - 1

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 02-08-2021 hora 11:00 N° de terapias 5

Nombre: Diego Tomas Duran Cedula: 1.031 425.510

✓ **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 Adriana Maria Flores Mosso con N° de cedula 1087121092

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.

Adriana Maria Flores Mosso

Firma del paciente o responsable

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: 02-08-2021

Firma: Adriana María Flores Navarro

Nombre: Adriana María Flores Navarro

Número de identificación: 1087121092

Escaneado con CamScanner

1125

	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 Adriana María Flores Herrera identificado con cc 1087171092 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: Diego Durán IDENTIFICACION 1031425510

FIRMA Adriana María Flores Herrera

FECHA: 02-08-2021 HORA: 11:00 ALCALDIA X PARTICULAR ARL

Escaneado con CamScanner

1126

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Monica J. Fajardo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Diego Duran IDENTIFICACION 1031425810

FECHA: 02/08/2021 HORA: 11:00 ALCALDIA X PARTICULAR_____ ARL_____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Adriana Maria Flores Moreno
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Adriana Maria Flores Moreno
POLITICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Adriana Maria Flores Moreno
PLAN CASERO	Adriana Maria Flores Moreno
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Adriana Maria Flores Moreno

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 02-08-2021 HORA: 11:08

NOMBRE DEL PACIENTE: Diego Tomas Duran Cédula: 1031425510

DIAGNOSTICO: Encefalopatia

DIRECCIÓN: Cll 20A # 12-27

El domicilio cuenta:

	SI	NO
SERVICIOS		
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	X	
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: 1.101.176.04.

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Adriana Maria Flores Moreno Cedula: 1087121092

Parentesco del paciente: Madre Firma: Adriana Maria Flores Moreno

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 • Reposo en cama/ asistencia de enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0	0
	Puntaje 15	
	Puntaje 30	
Vía Venosa	NO Puntaje 0	0
	SI Puntaje 20	
Marcha: • Normal/en reposo/en cama • Débil • Alterada requiere asistencia	Puntaje 0	0
	Puntaje 10	
	Puntaje 20	
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0	0
	Puntaje 15	
	TOTAL	15

Escaneado con CamScanner