	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 MAYO 2019

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Fatmy Johan Bonil Navas

DIRECCIÓN: Vereda el cedro - finca primer **TELÉFONO:** 3102332327

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
22/07/22	9:00 pm	Luis A Bonil
23/07/22	9:00 pm	Luis A Bonil
23/07/22	9:00 pm	Luis A Bonil
24/07/22	10:00 pm	Nieves Navas
25/07/22	7:00 am	Nieves Navas
26/07/22	10:00 pm	Nieves Navas
27/07/22	9:00 pm	Luis A Bonil

Escaneado con CamScanner

FANNY JOHANA BERNAL NAVAS

CC: 1073506547



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, sábado, 17 de julio de 2021 20:24:21 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.073.506.547**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	FANNY JOHANNA BERNAL NAVAS
Identificación	CC 1.073.506.547 Edad: 34 años, 4 meses y 10 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) sábado, 07 de marzo de 1987
Residencia	FUNZA Dirección: VEREDA EL COCLI Teléfono: 3132751081/3118520763
Ocupación	9998 - NO APLICA
Responsable	LUIS ALBERTO BERNAL Parentesco: PAPÁ Teléfono: 3132751081
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: 0001 - MEDICOL Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: lunes, 12 de julio de 2021 9:26:03 p. m. - EDAD: 34 años, 4 meses y 9 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: acido valproico
Levetiracetam
Lacosamida
PATOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitida por alcaldía, cuidadora refiere " desde los 3 años empezó a convulsionar"
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de epilepsia y retraso mental moderado, con un tiempo de evolución de 34 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en compañía de familiares y cuidadores
ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION: Persona: CONSERVADA Tiempo: ALTERADA Espacio: CONSERVADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: ALTERADA Ideomotora: ALTERADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: ALTERADA
Comunicación: LEVEMENTE CONSERVADA Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: CONSERVADA Propiocepción: CONSERVADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: CONSERVADA Esterognosia: CONSERVADA Topognosia: CONSERVADA Grafestesia: CONSERVADA Discriminación 2 puntos: CONSERVADA
SISTEMA MOTOR
Tono: Hemiparesia derecha Observación: presenta variación Palpación: presenta variación Movimiento: Limitado en MMSS y MMII derecho
CONTRACTURAS: En miembro superior derecho DEFORMIDADES: En miembro superior derecho
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: BUENO Hombro: MALO Codo: MALO Muñeca: MALO Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
IZQUIERDO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)
Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Sedente a cuadrúpedo: NO ADOPTA Cuadrúpedo a rodillas: NO ADOPTA Rodillas a bipedo: 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
COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bipedo: MALO
TROFISMO: No evaluado

Escaneado con CamScanner

MARCHA
Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: No Realiza Balanceo de brazos: No 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: Normal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de epilepsia y retraso mental moderado, presenta alteracion en los dominios osteomuscular en las categorías de rangos de movilidad articular, desempeño muscular, marcha, locomoción y balance y dominio neuromuscular en categorías de función motora, alerta, atención y cognición, lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores 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
TECNICAS: BOBATH, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, isometria, higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Valoración inicial, primera sesion y firma de consentimiento informado
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: lunes, 12 de julio de 2021 9:39:36 p. m. - EDAD: 34 años, 4 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores 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 MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 13 de julio de 2021 9:41:59 p. m. - EDAD: 34 años, 4 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Abductores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores

Escaneado con CamScanner

ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de equilibrio, 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: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 14 de julio de 2021 9:43:14 p. m. - EDAD: 34 años, 4 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Extensores, Flexores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 15 de julio de 2021 9:45:58 p. m. - EDAD: 34 años, 4 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Codo: Flexores, , Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 16 de julio de 2021 9:48:42 p. m. - EDAD: 34 años, 4 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas

Escaneado con CamScanner

TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Extensores, Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia MANEJO DE: Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 17 de julio de 2021 8:14:40 p. m. - EDAD: 34 años, 4 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Extensores,, Flexores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: Fortalecimiento con banda elástica color verde
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepcion, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente no refiere dolor
- Se evidencia patrón extensor, contractura y deformidad en articulación de mano derecha
- Rangos de movilidad limitados para miembro superior derecho flexión 80°, extensión 20°, abducción 30°, flexión de codo 10°, extensión 0°, miembros inferiores flexión de cadera 70°, abducción 30°, aducción 0° , flexión de rodillas 50°, extensión -10° movilidad de cuello de pie izquierdo dorsiflexion 10°, plantiflexion 15°, inversión y eversión 10° y no realiza movimiento activo para cuello de pie derecho
- Retracciones musculares severas- moderadas isquiotibiales, gastro soleos, cuádriceps , deltoides, palmar mayor
- Desempeño muscular de 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembro superior izquierdo y miembros inferiores
- No se evidencia edema ni inflamación
- Se evidencia alteración en equilibrio dinámico
- Mejoro levemente propiocepción viso manual
- Paciente quien no realiza patrón de marcha de forma independiente

Se recomienda control con médico tratante, continuar realizando los ejercicios en casa y continuar con fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
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
T-7 Sindy Fernandez
RM: 029562

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Johana Bernal Alvarez DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073506517

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
17/07/24	9:00 pm	Paciente quien inicia ciclo de sesiones de terapia física y la valoración inicial se evidencia paciente quien no refiere dolor, se evidencia hipotrofia distal, contractura y deformidad en mano derecha, alineación en equino, valgo, genu de madre con espasticidad de grado leve, cursa monitoria levemente comprometida, conservada, disfagia mínima de 1/5 según escala de Ranchos para mmss izquierdo y mmii, hipotrofia muscular generalizada - severa en cuadriceps, isquiotibiales, gemelos, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández Fisioterapeuta
22/07/24	9:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad pasiva de forma activa-asistida y activa en mmss derecho, disminuye de peso y aparición de dolor, se realiza fortalecimiento isométrico haciendo uso de bolsa, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández Fisioterapeuta
23/07/24	20:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad pasiva en mmss y mmii de forma activa-asistida y activa en mmss derecho, disminuye de peso y aparición de dolor, se realiza fortalecimiento isométrico con bolsa, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández Fisioterapeuta
24/07/24	20:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad pasiva de mmss y mmii de forma activa-asistida y activa en mmss derecho disminuye de peso y aparición de dolor, se realiza fortalecimiento isométrico con bolsa, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández Fisioterapeuta
25/07/24	20:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad pasiva para mmss y mmii, disminuye de dolor para mmss disminuye de peso y aparición de dolor, fortalecimiento isométrico con bolsa, se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández Fisioterapeuta
26/07/24	7:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad pasiva de forma activa asistida de tipo pasivo y activo, y activa de tipo en asistencia, bilateral de pobre bases de sustentación y alineación, fortalecimiento muscular isométrico haciendo uso de bolsa de arena, se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández Fisioterapeuta
27/07/24	9:00 am	Paciente quien acude a sesión de terapia física de la valoración inicial se evidencia paciente no refiere dolor, disminuye hipotrofia muscular, contractura persiste en mano derecha, paciente con estado de conciencia consciente, no marcha, marcha de forma independiente, cursa con monitoria auditiva, disminuye disfagia al 2/5 según escala de Ranchos para mmss izquierdo y mmii se finaliza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández Fisioterapeuta

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1073506547 Fecha de ingreso: 12/02/21
Apellidos Bernal Ulas Nombres Jhonny Johan
Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 1073506547
Fecha de nacimiento: Día: 7 Mes: 03 Año: 97 Sexo F X M
Municipio: Tima Barrio: vereda el cotil Dirección: finca el porvenir Estado civil: Soltero
teléfono fijo: N.R Móvil: 3112257081 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: N.R
EPS: Coosalud Contributivo: Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Epilepsia - Autismo severo CIE10 G40.2 - F84.0 Nº terapias 7
Acompañante: Luis Alberto Bernal Parentesco: Papá Teléfono 3112257081

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: De nacimiento

Clínica de atención primaria: Coopsalud

Exámenes diagnósticos realizados: TAC, resonancia

Atención de médicos espacialistas: Neurólogo

Tratamientos realizados: —

Recomendaciones: —

Resumen: "Ella cuando le dieron las primeras convulsiones no supo la primera dosis y dijeron que era displasia y luego a los 3 años empezo a convulsionar"

ANTECEDENTES:

Patológicos: NO Traumáticos: NO
Toxico - alérgicos: NO Quirúrgicos: NO
Infecciosos: NO Farmacológicos: Lechuga cebolla, acido valproico - 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: moderadas isquiotibiales - cuadriceps

Atrofias musculares: en mmss derecho

Tono: —

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

Aditamentos para la marcha: Silla de ruedas

Esferas mentales superiores: levemente afectada

Nivel de conciencia: levemente conservada

Memoria: conservada

Lenguaje: levemente conservado

PRAXIAS	
• Constructiva	—
• Marcha	no
• Vestirse	✓
• Buco – linguo – facial	✓
• Escritura	✓

Movimientos involuntarios patológicos:

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

Temblores en mmii al normal paso de marcha

Movilidad articular:

Hemiparesia derecha

Coordinación: afectada

Equilibrio: afectado

Postura o actitud postural: sedente

Otros sistemas: Hace uso de pañal

Observaciones:

/ /

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en destrezas osteomuscular y neuromuscular en categorías de rom, disrupción muscular, marcha, función motora que le limitan a ejecutar ocupación.

Firma terapeuta: Sindy Fernández Registro: 079562

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 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: 7/01/19 Hora 9:00am N° de terapias: 2 Diagnostico: Epifisiosis

Yo Luis Alberto Perez con documento de identidad: 3024720 como (parentesco con el paciente) Papá en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Luis Johnny Perez con documento de identidad (del paciente) 1073506507 Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

Luis A Perez

Firma del paciente

Cc 3024720

Sindy Fernández

Firma de la terapeuta

Cc. 1073526137 Registro 014562

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

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: 12/07/22

Firma:

Nombre: Luis A Bernal

Número de identificación: 3024720

Escaneado con CamScanner

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

Nombre del paciente: Tanny Johana Bernal Cedula: 1073506547

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: 22/07/17 HORA 9:00 am Nº DE TERAPIAS 7

YO Luis Alberto Bernal CON CEDULA Nº 3024720

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: 3024720
Firma del paciente

CC/ 52 218 958
firma de la representante legal

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

Yo Luis Alberto Bravo identificado con cc 3024720 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: Fanny Johana Cerral IDENTIFICACION 1073506597

FIRMA

FECHA: 22/07/17 HORA: 9:00 am ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Jenny Johana Bernal IDENTIFICACION 20135062?

FECHA: 22/07/21 HORA: 9:00 am ALCALDIA ✓ PARTICULAR_____ ARL_____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	
PLAN CASERO	
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 22/07/22 HORA: 9:00 Am

NOMBRE DEL PACIENTE: Jonny Johan Bernal Nuevas Cédula: 7072566547

DIAGNOSTICO: Epilepsia

DIRECCIÓN: Vereda el cedí - Finca el porvenir

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 Dayanna Fernández T. Cedula: 7013576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Luis Alberto Bernal Cedula: 3024720

Parentesco del paciente: Papá Firma: ____

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 enfermeria • 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