1049

	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
Humano Vital S.A.S	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2019

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Johan Mauricio Castillo

DIRECCIÓN: Cra 77A #77B-03 **TELÉFONO:** 3134657004

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
2/08/21	11:00 Am	
3/08/21	11:00 Am	
4/08/21	11:00 Am	
5/08/21	11:00 Am	
6/08/21	11:00 Am	
7/08/21	11:00 Am	
9/08/21	11:00 Am	

Escaneado con CamScanner

JOHAN MAURICIO CASTILLO

CC: 1192814660



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, miércoles, 11 de agosto de 2021 19:59:44 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.192.814.660**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JOHAN MAURICIO CASTILLO PEÑA
Identificación	CC 1.192.814.660 Edad: 20 años, 3 meses y 8 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) jueves, 03 de mayo de 2001
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 119 NRO 17-03 Teléfono: 8263487
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	NO REFIERE Parentesco: NO REFIERE Teléfono: NO REFIERE
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 8:11:10 p. m. - EDAD: 20 años, 3 meses y 5 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: 12 cirugías reconstructivas en miembro inferior derecho
TRAUMATICOS: Caídas desde su propia altura
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: No refiere
PATOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitida por alcaldía
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de retraso mental moderado, con un tiempo de evolución de 20 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en compañía de cuidador, paciente presenta acortamiento en MMII derecho de 8cm hace uso de zapato ortopédico y muleta contralateral, 4cm de atrofia muscular en muslo derecho en comparación con miembro inferior izquierdo
ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: CONSERVADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: ALTERADA Gustativa: ALTERADA Olfativa: ALTERADA
PRAXIAS Ideacional: ALTERADA Ideomotora: ALTERADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: CONSERVADA
Comunicación: LEVEMENTE CONSERVADA 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: No presenta variación Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO 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 Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Sedente a cuadrúpedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Cuadrúpedo a rodillas: NO ADOPTA Rodillas a bípedo: NO ADOPTA
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: NO Ayuda externa: SI Marcha: SI
COORDINACION: Fina (visomanual): BUENA Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: REGULAR
TROFISMO: No evaluado
MARCHA

Escaneado con CamScanner

Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: No 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: Normal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de fractura de la epífisis superior del humero, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías de rangos de movilidad articular, desempeño muscular, marcha, locomoción y balance y dominio neuromuscular en atención y cognición,
lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: F711-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO 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
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Extensores, Flexores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Isometría, Reeducación de marcha, 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 8:19:48 p. m. - EDAD: 20 años, 3 meses y 5 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, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, 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: F711-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO 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 8:20:57 p. m. - EDAD: 20 años, 3 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever

Escaneado con CamScanner

TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, 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: F711-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO 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 8:22:45 p. m. - EDAD: 20 años, 3 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 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, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
OTROS PROCEDIMIENTOS: fortalecimiento con banda elástica verde
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F711-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO 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 8:23:45 p. m. - EDAD: 20 años, 3 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F711-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO 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 8:24:56 p. m. - EDAD: 20 años, 3 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Aductores, Abductores, Aductores, Rotadores externos, Rotadores internos
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Escaneado con CamScanner

Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F711-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: lunes, 9 de agosto de 2021 7:55:10 p. m. - EDAD: 20 años, 3 meses y 8 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia, a la valoracion final se evidencia:

- Paciente con alteración en esferas mentales superiores
- Paciente requiere uso de muleta y zapato ortopédico para realizar el patrón de marcha en exteriores
- Rangos de movilidad limitados en miembro inferior derecho flexión de cadera 100º, extensión 30º, abducción 40º, flexión de rodilla 50º, extensión -10º, dorsiflexión y dorsiflexión 10º, inversión y eversión de 5º
- Presenta acortamiento de miembro inferior derecho de 8cm en relación con miembro inferior izquierdo
- Mejoro levemente equilibrio dinámico y propiocepción visopedica
- Se mantienen retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, cuádriceps y gastro soleos
-No se evidencia edema ni inflamación

Se recomienda control con médico tratante y continuar con fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F711-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO 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
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: Idan Mauricio Castillo DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1192874660

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
2/08/21	11:00 Am	Se realiza valoración inicial evidenciando alteración en patrón de marcha, movilidad, locomoción y balance, paciente hace uso de andador adaptativo con rodos de 6 cm, desempeño muscular de 2-15 Kapandji escala de Daniels, Retracción muscular en gastrosoleos, hipotrofia y crepitancias, no refiere dolor, paciente hace uso de muleta canadiense para desplazamientos cortos, se programa sin complicaciones, fisioterapeuta: Sindy Fernández. RM: 029562
3/08/21	11:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular activo-asistida en MMSS y MMII, descarga de peso, fortalecimiento isométrico con balón y banda elástica, se evalúa sin complicaciones, fisioterapeuta: Sindy Fernández. RM: 029562
4/08/21	11:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular activo-asistida en MMSS y MMII, ejercicios de equilibrio dinámico, propiocepción, Bobath y Kabat, fortalecimiento muscular con banda elástica color verde, se evalúa sin complicaciones, fisioterapeuta: Sindy Fernández. RM: 029562
5/08/21	11:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad activa-asistida en miembros superiores e inferiores, descarga de peso, aproximaciones articulares, fortalecimiento muscular con balón y banda elástica se evalúa sin complicaciones, fisioterapeuta: Sindy Fernández RM: 029562
6/08/21	11:00 Am	se realizan ejercicios de movilidad articular de forma activa-asistida, estiramientos musculares de MMII de forma activa-asistida, fortalecimiento con balón, y banda elástica verde, se evalúa sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. RM: 029562
7/08/21	11:00 Am	se realizan ejercicios de movilidad articular activa en MMSS y activa-asistida en MMII, diagonales de Kabhat, descargas de peso y aproximaciones articulares, fortalecimiento isométrico con balón y banda elástica amarilla, se evalúa sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. RM: 029562
9/08/21	11:00 Am	paciente recibe orden de sesiones de fisioterapia a la valoración inicial, se evidencia paciente con alteración en esferas mentales superiores, desempeño muscular de 3-15 según escala de Daniels en MMSS y 2/5 en MMII, paciente con acortamiento de 6 cm en MMII derecho, alteración en equilibrio dinámico, negativo propiocepción visceral y vestibular, retracción muscular en gastrosoleos e isquiotibiales, se evalúa sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. RM: 029562

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA CLINICA PARA MIEMBROS INFERIORES

Historia Nº: 1192874660 Fecha de ingreso: 2/08/21
Apellidos Castillo Nombres Johan Mauricio
Documento de identidad: Tipo: CC Numero : 1192874660 Fecha de nacimiento: Día: 3
Mes: Mayo Año: 2001 Sexo: F ____ M X Estado civil: Soltero Municipio: Funza
Barrio: Villa Adriana Dirección: Cra 11A # 11B-03 teléfono fijo: N.R
Móvil: 3134651004 Correo electrónico: N.R
Ocupación: N.R Entidad de salud: Convida
Vinculación: Subsidiado
Empresa: N.R Nºterapias 2 Diagnostico: Retraso mental leve/ F71
Acompañante: Mauricio Castillo Parentesco: Papá Teléfono 3134651004
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 de reconocimiento de enfermedad general: Nacimiento, cadera 2016
Clínica de atención primaria: Homi
Exámenes diagnósticos realizados: radiografía, resonancia
Atención de médicos especialistas: Neurólogo, pediatra
Tratamientos realizados: 12 cirugías en mmii derecho
Recomendaciones: —
Resumen: Endocondrosis juvenil cabeza femur derecho, 8 cm"

ANTECEDENTES:

Patológicos: NO Traumáticos: Caídas
Toxico-alergicos: NO Quirúrgicos: 12 cirugías Infecciosos: NO
Farmacológicos: NO

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: NO
Escala Análoga Verbal ____
Sensibilidad Superficial: NO Espasmo: NO
Edema: NO Inflamación: NO

RetraccionesMusculares: moderadas - severas

Longitud de miembros inferiores Real y aparente: 8 cm
Marcha: Fase de apoyo; choque de talón ____ Pie sobre el plano: ____ Postura intermedia ____ Impulso. Fase de balanceo; aceleración ____ oscilación ____ Desaceleración: ____.
Aditamentos para la marcha: Muleta canadiense
Propiocepcion: Alterada

Maniobras especiales: N.A

Escaneado con CamScanner

1057

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

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CADERA	
80	Flexión	80°
20°	Extensión	20°
30°	Abducción	30°
0	Aducción	0
10°	Rotación interna	10°
10°	Rotación externa	10°
	RODILLA	
80°	Flexión	100°
-10°	Extensión	0
	PIE	
20°	Dorsiflexión	20°
20°	Plantiflexión	20°
5°	Invesión	5°
5°	Eversión	5°

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	**Músculos**	Izquierdo
	CADERA	
	Psoas mayor	
	Iliaco	
	Sartorio	
	Glúteo mayor	
	Glúteo mediano	
	Glúteo menor	
2-	T.F.L	2-
	ADD	
	R.E.C	
	R.I.C	
	RODILLA	
	Cuádriceps	
	Isquiotibiales	
	TOBILLO	
2-	Gastrosoleos	
	Tibial Anterior	2-
	Tibial Posterior	
	Peroneros	
	PIE	
	Ext. Común de los dedos	
2-	Ext. Propio del hallux	2-
	Flexor común de los dedos	
	Lumbricales, flexor corto del hallux	

Pruebas complementarias:

Piel: S.A

Faneras: S.A

Trofismo muscular: disminuido en mmii

OBSERVACIONES

Diagnostico terapéutico: Paciente con alteración en dominio osteomuscular y neuromuscular en categorías de ran. desempeño movilidad, movilidad, fuerza muscular, dolor, cognición que lo limitan a ejecutar mm.

FIRMA DE LA 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 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 dia de fisioterapia
- ✓ Dolor e inflamación con cada nuevo ejercicio.

Humana-vital s.a.s y sus profesionales no se hacen responsables de su tratamiento si:

- ✓ Usted no cumple con el número de terapias asignadas por el especialista teniendo en cuenta la continuidad, el tiempo y la actitud.
- ✓ Usted no sigue los consejos de la terapeuta y no realiza los planes caseros dados por el profesional.
- ✓ Acude a alguna persona que no tenga formación profesional en salud, eje; sobanderos, chamanes, rezanderos, etc..

Fecha: 2/08/21 **Hora** 11:00am **N° de terapias:** 7 **Diagnostico:** Esguince moderado

Yo Mauricio Castillo **con documento de identidad:** 80655457 **como (parentesco con el paciente)** PAPA **en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente)** Johan Castillo **con documento de identidad (del paciente)** 1192814660 **Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.**

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

Firma del paciente

Cc 80655457

Sindy Fernández

Firma de la terapeuta

Cc. 1093516731 **Registro** 026512

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: 2/08/21

Firma: _____

Nombre: _____

Número de identificación: 80655157

Escaneado con CamScanner

1060

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

Nombre del paciente: Johan Mauricio Castillo **Cedula:** 1192874660

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: 2/09/22 HORA 11:00 am Nº DE TERAPIAS 7

YO _____ CON CEDULA Nº 80655457

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: 80655457
Firma del paciente

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 Mauricio Castillo identificado con cc 80655457 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: Johan Mauricio Castillo **IDENTIFICACION** 1742874660

FIRMA

FECHA: 26/8/21 **HORA:** 11:00 am **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Escaneado con CamScanner

1062

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Johan Castillo IDENTIFICACION 1192874660

FECHA: 2/08/21 HORA: 11:00am ALCALDIA √ PARTICULAR_____ ARL_____

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

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 2/08/21 HORA: 11:00am

NOMBRE DEL PACIENTE: Johan Mauricio Castillo Cédula: 1192874660

DIAGNOSTICO: Retraso mental moderado

DIRECCIÓN: Cra 11A #17B-03

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: Sirley Fernández Cedula: 1073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Mauricio Castillo Cedula: 80655457

Parentesco del paciente: Padre Firma:

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	0
	SI Puntaje 15	
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0	15
	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	20
	Puntaje 10	
	Puntaje 20	
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0	0
	Puntaje 15	
	TOTAL	35

Escaneado con CamScanner