	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE INSTITUCIONAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSIÓN: 01	CÓDIGO: HV-B-031	ELABORADO: SEPTIEMBRE DE 2018 REVISADO Y APROBADO: SEPTIEMBRE DE 2018

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Luis Valentino Mojero

DIRECCIÓN: Cra 12 # 20A 23 TELÉFONO: 3115537555

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
24-08-2021	10:00	
25-08-2021	9:00	
26-08-2021	9:00	
27-08-2021	10:00	
28-08-2021	10:00	
29-08-2021	10:00	
30-08-2021	10:00	
31-08-2021	10:00	

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, martes, 31 de agosto de 2021 10:14:07 **HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPIA No. 1.050.615.150**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	LUISA VALENTINA MORENO SILVA
Identificación	TI 1.050.615.150 Edad: 9 años, 9 meses y 1 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) miércoles, 30 de noviembre de 2011
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 12 # 20A - 23 LA AURORA Teléfono: 3115537555
Ocupación	NO REFIERE
Responsable	MILENA SILVA Parentesco: MAMÁ Teléfono: 3115537555
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDÍA EPS: EPS 005 - EPS SANITAS S.A Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: martes, 24 de agosto de 2021 9:47:57 a. m. - EDAD: 9 años, 9 meses y 1 días

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No refiere

HOSPITALARIOS: No refiere

QUIRURGICOS: pie equino varo derecho, gastrostomía

TRAUMÁTICOS: No refiere

TOXICO ALÉRGICOS: No refiere

FARMACOLÓGICOS: oxcarvazepina

PATOLÓGICOS: epilepsia refractaria, neumonía

MOTIVO DE CONSULTA: paciente que no realiza patrón de marcha, adopta el bipedo pero presenta pie equino varo, con escoliosis en C, realiza traslados arrastrándose, presenta signo de tijera,

DIAGNOSTICO MEDICO: paciente de 9 años de edad con diagnóstico médico de síndrome de moebius desde el nacimiento exámenes realizados, estudio del sueño, electrocardiograma resonancia magnética, ecografías, TAC

OBSERVACIÓN GENERAL: Reservado

ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso

DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR

ORIENTACIÓN Persona: CONSERVADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA

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

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

Comunicación: NO VERBAL Lateralidad: DERECHA

SISTEMA SENSITIVO:

SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA

SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: ALTERADA Propiocepción: ALTERADA

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

SISTEMA MOTOR

Tono: hipertonia Observación: presenta variación Palpación: presenta variación Movimiento: presenta variación

CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: pie equino varo

VALORACIÓN FUNCIONAL

DERECHO Cabeza: MALO Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: MALO Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR

IZQUIERDO Cabeza: MALO Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECÚBITO)

Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Sedente a cuadrúpedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Cuadrúpedo a rodillas: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Rodillas a bipedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA

ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA

MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: SI Atetosis: NO

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

COORDINACIÓN: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR

EQUILIBRIO DINÁMICO: MALO

EQUILIBRIO ESTÁTICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bipedo: REGULAR

EQUILIBRIO ESTÁTICO LATERAL Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bipedo: REGULAR

TROFISMO: No evaluado

Escaneado con CamScanner

DIAGNÓSTICOS
Principal: G403-EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS IDIOPÁTICOS GENERALIZADOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: viernes, 27 de agosto de 2021 10:05:59 a. m. - EDAD: 9 años, 9 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever
TÉCNICAS: BOBATH
OTROS PROCEDIMIENTOS: estímulos auditivos, control cefálico
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, 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: G403-EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS IDIOPÁTICOS GENERALIZADOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: sábado, 28 de agosto de 2021 10:03:35 a. m. - EDAD: 9 años, 9 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever
TÉCNICAS: BOBATH, FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: cambios de postura
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, 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: G403-EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS IDIOPÁTICOS GENERALIZADOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: domingo, 29 de agosto de 2021 10:07:35 a. m. - EDAD: 9 años, 9 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever
TÉCNICAS: BOBATH
OTROS PROCEDIMIENTOS: control cefálico
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos 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

Escaneado con CamScanner

Principal: G403-EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS IDIOPÁTICOS GENERALIZADOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: lunes, 30 de agosto de 2021 10:08:53 a. m. - EDAD: 9 años, 9 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 7
CONDUCTA: modalidades cineticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FISICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos 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: G403-EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS IDIOPÁTICOS GENERALIZADOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 31 de agosto de 2021 10:09:01 a. m. - EDAD: 9 años, 9 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 8
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores, Inclinadores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Flexores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TÉCNICAS: BOBATH, FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: control cefálico
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia a la valoración final se encontró
-Presenta seguimiento sonoro
-Realiza alcances y agarres a mano llena por periodo corto
- Mejora control cefálico en sedente 50%
-Mantiene el bipedo por periodo prolongado
Se recomienda realizar los ejercicios de plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G403-EPILEPSIA Y SÍNDROMES EPILÉPTICOS IDIOPÁTICOS GENERALIZADOS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

Monica

IPS HUMANA - VITAL
Especialistas en ter
Nit 900.217.648-

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

BRE DEL PACIENTE: Luisa Valentina Florez DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1030 615 130

A	HORA	EVOLUCIÓN
8-2021	10:00	Encuentro Paciente en compañía de familiar se realiza valoración inicial donde se evide cia. Paciente hace rolados, adopta trono en flexion, mantiene mano derecha en la boca lo que genera baba. Adopta sedente, pero no man tiene estabilidad, control cefalico regular. Acep ta bipedo pero no realiza bipedo de manera inciente con pie equino, realiza agarres por corto tiempo inquieta. Finaliza sesion sin complicacion
8-2021	9:00	Encuentro Paciente en decubito dorsal, se traba ja con masaje sedativo en miembros infe riores, se realiza movilizaciones pasivas a to lerancia, se trabaja TRP, se realiza ejercicios asistidos en balon de bobath paciente trauma se alcanza objetos realiza agarres pero suelta con facilidad los objetos, se finaliza sin complicacion queda paciente en compañia de familiar
8-2021	9:00	Encuentro Paciente en decubito prono, paciente que se arrastra para realizar traslado, se inicia sesion con movilizaciones pasivas de miembros inferiores se trabaja en balon de bobath estimulos para adoptar bipedo, se pausa y continua con estimu los visuales para trabajar agarres y alcances paciente realiza actividad por corto tiempo adopta mayor flexor en miembros superiores. finaliza sesion sin complicacion
8-2021	10:00	Encuentro paciente en compañia de familiar, se traslada a colchoneta donde se inica sesion con estimulo en zona plantar, masaje sedativo facil a inquieta, se hace necesario ayuda de familiar se continua con adopcion de sedente donde se traba estimulo para control cefalico, se llama la aten con juguetes sonoros mantiene la postura por periodo corto, se cambia actividad por tecni de facilitacion propioceptiva - finaliza sesion
8-08-2021	10:00	encuentro Paciente en colchoneta en compañia de Familiar, se inicia sesion con ejercicios asistid en miembros superiores, se adopta sedente el cual mantiene por periodo corto, se trabaja ex lo para control cefalico con estimulos auditi paciente con seguimiento visual, se continua co adopcion de bipedo, paciente que por su inversion de pie no hace el apoyo. Finaliza sesion sin complicacion queda paciente en sedente.
29-08-2021	9:00	encuentro Paciente en sedente en compañia de f liar se realiza sesion con masaje manual en cuello, se trabaja ejercicios resistidos y de control ce se continua con movilizaciones pasivas en cuello de se traslada Paciente a balon de bobath donde se continua con ejercicios para control cefali

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Luisa valentina Moreno DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1030615130

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
29-08-2021	10:00	Paciente inquieta ante actividad, se trabaja esta bilidad en sedente y ejercicios de agarres y alcances, paciente atiende a estimulos sonoros realiza agarres por periodo corto. finaliza sesion
30-08-2021	10:00	Encuentro paciente en prono manifiesta temor por la posicion que adopta para deshacerse, se inicia sesion con movilizaciones pasivas en miembros inferiores, ejercicios uniplanares y rotacion de tronco inferior, se adopta bipedo con Ayuda el cual mantiene poca por desviacion de pie no se puede realizar patron de marcha
31-08-2021	10:00	Encuentro paciente estable en compañia de familiar, se inicia sesion con masaje manual en miembros inferiores, se trabaja movilizaciones pasivas y rotacion de tronco inferior, se trabaja estimulacion propioceptiva en region de cuello, se realiza estimulacion auditiva para realizar agarres paciente que mejora control cefalico mantiene por mas tiempo, se trabaja tomas de peso en bipedo paciente que da pasos con Ayuda. finaliza sesion sin complicacion queda paciente estable se recomienda realizar ejercicios de plan casero

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1050 GIS 150 Fecha de Ingreso: 24-08-2021
Apellidos Moreno Silva Nombres Luisa Valentina
Documento de identidad: Tipo: ___ Numero: ___ Sexo: F X M ___
Fecha de nacimiento: Día: 20 Mes: 11 Año: 2011 Estado civil: ___
Municipio: Funza Barrio: Aurora Dirección: Cra 12 # 20A - 23
teléfono fijo: ___ Móvil: 3115337555 Correo electrónico: ___
Empresa: ___ Ocupación: ___
EPS: sanitas Contributivo: ___ Subsidiado: X
Diagnóstico: Sindrome de Moebius CIE10 ___ Nº terapias 8
Acompañante: Madre Parentesco: Milena Silva Teléfono 3115337555

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

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: ___

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: Nacimiento

Fecha y hora de la enfermedad general: ___

Clínica de atención primaria: ___

Exámenes diagnósticos realizados: no refiere actuales

Atención de médicos especialistas: Tac, Ecografia, estudios sueño electros, resonancia

Tratamientos realizados: Terapias Fisica, lenguaje, ocasional

Recomendaciones: Terapia Fisica

Resumen: Escoliosis, paciente que se traslado arras trando

ANTECEDENTES:

Patológicos: Epilepsia refractaria Neumonia Traumáticos: niega
Toxico - alérgicos: Dipirona Quirúrgicos: pie equino, Gastrotomia.
Infecciosos: niega Farmacológicos: clorvazepina

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: niega
Escala Análoga Verbal ___
Sensibilidad Superficial: conservada
Sensibilidad profunda: conservada
Espasmo: no presento Edema: no presento Inflamación: no presento

Escaneado con CamScanner

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

Retracciones Musculares: peroneos, isquotibiales leves

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: patron marcha alterado

Esferas mentales superiores: conciencia:

Nivel de confuso

Memoria: Alterado

Lenguaje: Alterado

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

Movimientos involuntarios patológicos:

GNOSIAS		
Simples	Gustativas	conservado
	Visuales	Alterado
	Olfativas	conservado
	Auditivas	conservado
Complejas	Visoespaciales	Alterado
	Esquema corporal	Alterado

Movilidad articular: escoliosis C, ferulas, pie derecho: desviacion, control cefalico regular signo de tijera

Coordinación: Alterado

Equilibrio: Alterado

Postura o actitud postural: escoliosis

Otros sistemas: osteomuscular

Observaciones: paciente con flexion tronco, mantiene sedente por periodo corto

Diagnostico Fisioterapéutico: dominio neuromuscular y osteomuscular limitacion moderado en desarrollo motor, restriccion participacion moderado

Firma terapeuta: Monica J. Fajardo F. 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 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.

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)

- [X] 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
- [ ] Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

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

Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 70% 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: 24-08-2021 Hora 10:00 N° de terapias: 8 Diagnostico: Sindrome de Moebius

Yo Yohana Milena Silva con documento de identidad: 1049417201 como (parentesco con el paciente): Mama en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) _____ con documento de identidad (del paciente) _____ Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

Firma del paciente

Cc 1049412701

Monica J Fajardo

IPS HUMANA
Especialista
Nit. 900.2

Firma de la terapeuta

Cc. 1.101.176.011 Registro 04773

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 24-08-2021 hora 10:05 N° de terapias 8

Nombre: Luisa Valentina Moreno Cedula: 1030615150

✓ **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 Nohora Milena Silva W. con N° de cedula 1049412701

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.

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: 24-08-2021

Firma: [signature]

Nombre: Nohora Milena silva walteros

Número de identificación: 1049412701

Escaneado con CamScanner

	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

AUTORIZACIÓN

Yo: Nohora Milena Silva identificado con cc 1049427701 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollen.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Lusa Morare IDENTIFICACION 1030615133

FIRMA: [signature]

FECHA: 24082021 HORA: 10:00 ALCALDIA: X PARTICULAR: ARL:

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Monica J Fajardo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Luisa Moreno **IDENTIFICACION** 1050615130

FECHA: 24/08/2021 **HORA:** 10:00 **ALCALDIA** X **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: 24-08-2021 HORA: 10:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Luisa Valentina Moreno Cédula: 1030613150

DIAGNOSTICO: Sindrome moebius

DIRECCIÓN: cra 12 # 20A-23

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
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		
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: Mónica J. Fajardo Cedula: 1-101-176-041

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Nohora Milena Cedula: 1049412701

Parentesco del paciente: Mamá 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	30
Via Venosa	NO Puntaje 0 SI Puntaje 20	0.
Marcha: ◦ Normal/en reposo/en cama ◦ Débil ◦ Alterada regulare 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	15
	TOTAL	80

Escaneado con CamScanner