	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

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Nicolas Steven Ortega Palomos

DIRECCIÓN: Cra 15 H 10a - 28 **TELÉFONO:** 8216655 / 3144241787

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
02/08/2021	12:00 m	Rosa Palacios
03/08/2021	12:00 m	Rosa Palacios
04/08/2021	12:00 m	Rosa Palacios
05/08/2021	12:00 m	Rosa Palacios
06/08/2021	12:00 m	Rosa Palacios
09/08/2021	12:00 m	Rosa Palacios
10/08/2021	12:00 m	Rosa Palacios
11/08/2021	12:00 m	Rosa Palacios
12/08/2021	12:00 m	Rosa Palacios
13/08/2021	12:00 m	Rosa Palacios
14/08/2021	12:00 m	Rosa Palacios
16/08/2021	12:00 m	Rosa Palacios

Escaneado con CamScanner

REGISTRO FOTOGRAFICO	Humana Vital S.A.S NIT. 900.217.648-1
NICOLAS STIVEN ORTEGA PALACIOS TI 1016015137	



Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, sábado, 21 de agosto de 2021 11:53:35 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.016.015.137**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	NICOLAS ESTIVEN ORTEGA PALACIOS
Identificación	TI 1.016.015.137 Edad: 14 años, 8 meses y 14 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) jueves, 07 de diciembre de 2006
Residencia	FUNZA Dirección: KR 18 85 10 A 3 28 Teléfono: 3144241787
Ocupación	ESTUDIANTE
Responsable	- Parentesco: - Teléfono: -
Acompañante	NO REFIERE Parentesco: - Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: AL001 - ALCALDIA DE FUNZA Tipo afiliación: PARTICULAR
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 7:32:29 a. m. - EDAD: 14 años, 8 meses y 2 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: hernia inguinal, luxación de cadera, estrabismo, alineación de fémur y tibia bilateral
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: No refiere
PATOLOGICOS: parálisis cerebral espástica

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que ingresa al servicio de fisioterapia en compañia de su madre Rosa Palacios, quien refiere "nació a pretérmino de 29 semanas y le dio parálisis cerebral espástica desde el nacimiento"
DIAGNOSTICO MEDICO: Parálisis cerebral espástica
OBSERVACION GENERAL: Realiza desplazamiento en silla de ruedas autopropulsada dentro de la casa e impulsada por segunda persona en la calle; presenta alteración del tono muscular en extremidades inferiores con encontró de 2+; presenta arcos de movilidad disminuidos en extremidades inferiores y presenta fuerza muscular en extremidades superiores de 2/5 segun Daniels y en inferiores de 1+/5 segun Daniels
ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: CONSERVADA Tiempo: CONSERVADA Espacio: CONSERVADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideo motora: CONSERVADA Construccional: CONSERVADA Ideo motora: CONSERVADA
Comunicación: POR SEÑAS Lateralidad: DERECHA
SISTEMA SENSITIVO: CONSERVADO
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: CONSERVADA Propiocepción: CONSERVADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Baro gnosia: CONSERVADA Esterognosia: CONSERVADA Topo gnosia: CONSERVADA Grafestesia: CONSERVADA Discriminación 2 puntos: CONSERVADA
SISTEMA MOTOR
Tono: encontró 2+ Observación: patrón flexor en extremidades inferiores Palpación: No presenta variación Movimiento: disminuido en extremidades inferiores
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: REGULAR Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
IZQUIERDO Cabeza: REGULAR Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)
Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE Sedente a cuadrúpedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA 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: SI Ayuda externa: SI Marcha: NO
COORDINACION: Fina (viso manual): BUENA Gruesa (viso manual): BUENA
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bipedo: MALO

Escaneado con CamScanner

EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bipedo: MALO
TROFISMO MEDIO: Muslo derecho: atrofia de 2 cm Muslo izquierdo: atrofia de 2 cm
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 TROFICAS
Coloración: CONSERVADA Sudoración: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
PROPIEDADES MECANICAS
Elasticidad: CONSERVADA Extensibilidad: CONSERVADA Movilidad: CONSERVADA
Cicatriz: No Escaras: No Sistema urinario: NO Sistema digestivo: NO
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente de género masculino de 14 años, quien presenta alteración del dominio neuromuscular con deficiencia en las categorías de movilidad, fuerza, flexibilidad, estabilidad e ideación de los movimientos que le restringe para realizar actividades de ocio y tiempo libre además de actividades cotidianas
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realiza valoración fisioterapéutica inicial
TRABAJO REALIZADO: Se realiza valoración fisioterapéutica inicial
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se hace entrega del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: martes, 3 de agosto de 2021 7:43:29 a. m. - EDAD: 14 años, 8 meses y 2 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cineticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: fisioterapéutica, Dorsiflexión
TECNICAS: ROOD
OTROS PROCEDIMIENTOS: Vibración, estimulación sensorial con texturas, movilizaciones pasivas de extremidades inferiores hacia flexión y extensión con 15 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: miércoles, 4 de agosto de 2021 7:47:03 a. m. - EDAD: 14 años, 8 meses y 2 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cineticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Vibración, ejercicios de fortalecimiento muscular con banda elástica color azul para flexión y ABDUCCION de extremidades superiores con 10 repeticiones y 3 series
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios concéntricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

Escaneado con CamScanner

Dr(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: jueves, 5 de agosto de 2021 7:49:38 a. m. - EDAD: 14 años, 8 meses y 2 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cineticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: fisioterapéutica, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de entrenamiento de transferencia de decúbito supino a sedente y laterales
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, 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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: viernes, 6 de agosto de 2021 7:50:07 a. m. - EDAD: 14 años, 8 meses y 2 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 1 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cineticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de coordinación viso manual con movilidad activa de extremidades superiores en sedente hacia alcances a diferentes alturas y direcciones con ubicación de figuras
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: lunes, 9 de agosto de 2021 8:33:33 a. m. - EDAD: 14 años, 8 meses y 3 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cineticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores
TECNICAS: ROOD
OTROS PROCEDIMIENTOS: Estimulación sensorial con texturas en extremidades inferiores, masaje descontracturante y movilizaciones activo-asistidas de extremidades inferiores con 15 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: martes, 10 de agosto de 2021 6:38:27 a. m. - EDAD: 14 años, 8 meses y 13 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cineticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores

Escaneado con CamScanner

FECHA CONSULTA: sábado, 14 de agosto de 2021 6:45:54 a. m. - EDAD: 14 años, 8 meses y 13 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 11
CONDUCTA: Modalidades cineticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Entrenamiento de traslados de decúbito supino a laterales y sedente disminuyendo el apoyo manual favoreciendo el control del tronco y extremidades
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a): KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: lunes, 16 de agosto de 2021 6:47:59 a. m. - EDAD: 14 años, 8 meses y 13 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 12
CONDUCTA: Modalidades cineticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Estiramientos musculares de cuatro extremidades para cadena posterior con 3 repeticiones de 15 segundos
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente que finaliza 12 sesiones de tratamiento por fisioterapia, se realiza valoración final en donde se encontró:
- Realiza desplazamiento en silla de ruedas autopropulsada dentro de la casa e impulsada por segunda persona en la calle.
- Presenta incremento del tono muscular en extremidades inferiores con encontró de 2+.
- Arcos de movilidad incrementaron levemente en extremidades superiores hacia flexión y extensión.
- Fuerza muscular se mantiene en extremidades superiores de 2/5 segun Daniels y en inferiores incremento a 2/5 segun Daniels.
- Retracción muscular moderada de músculos flexores de extremidades inferiores.
- Se encuentra alerta
- Disminución de espasmo muscular en trapecio fibras superiores.
- Mejoro la ideación, planeación y ejecucion de los movimientos.
- Trofismo muscular normal.
- Mejoro la destreza al realizar movimientos activos de traslados y transferencias.
- Mejoro la coordinación viso manual al realizar movimientos finos.
- Sensibilidad superficial conservada.

SE RECOMIENDA ASISTIR A CONTROL CON MEDICO TRATANTE, SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN CASERO Y SEGUIR CON TRATAMIENTO POR FISIOTERAPIA.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a): KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

Karen Prieto
Karen Prieto Beltrán
FISIOTERAPEUTA
C.C. 1.073.518.716

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Nicolás Stiven Ortega Palacios DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1016015137

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
02/08/2021	12:00 m	Paciente que se encuentra en buenos condiciones en compañía de su madre, se realiza valoración fisioterapeutica y de deambulación, además se explican derechos, deberes, completamente enfermada y plan casero, se resuelven dudas e inquietudes respecto a tratamiento y ejercicios en casa. La sesión termina sin complicaciones. Karen FISIOTERAPEUTA C.C. 1073516711
03/08/2021	12:00 m	Paciente que se encuentra en buenos condiciones, en compañía de su madre, se realiza estimulación sensorial en texturas en manos y antebrazos, además de movilizaciones pasivas de extremidades inferiores hacia flexión y extensión con 15 repeticiones, por último se coloca vibración por 5 minutos en muslos. La sesión termina sin complicaciones. Karen FISIOTERAPEUTA C.C. 1073516711
04/08/2021	12:00 m	Paciente que se encuentra en buenos condiciones en compañía de su madre, se realizan ejercicios de fortalecimiento muscular con banda elastica color azul para flexión y abducción de extremidades superiores con 3 series de 10 repeticiones, por último se realizan estiramientos musculares de cadena posterior de extremidades superiores. La sesión termina sin complicaciones, paciente queda estable. Karen FISIOTERAPEUTA C.C. 1073516711
05/08/2021	12:00 m	Paciente que se encuentra en buenos condiciones en compañía de su madre, se realiza entrenamiento de transferencia de decúbito supino a sedente y laterales, además de ejercicios de estabilidad en sedente con movimientos activos del tronco hacia anterior y laterales con 15 repeticiones, por ultimo se coloca vibración en región cervical y dorsal. La sesión termina sin complicaciones paciente queda estable. Karen FISIOTERAPEUTA C.C. 1073516711
06/08/2021	12:00m	Paciente que se encuentra en buenos condiciones en compañía de su madre, se realizan ejercicios de coordinación visomanual con movilidad activa de extremidades superiores en sedente hacia alcances a diferentes alturas y direcciones con vibración de pesas de acuerdo a las ordenes dadas. La sesión termina sin complicaciones. Karen FISIOTERAPEUTA C.C. 1073516711
09/08/2021	11:00m	Paciente que se encuentra en buenas condiciones en compañía de su madre, se realiza estimulación sensorial con texturas en extremidades inferiores, además de movilizaciones activo - asistidas de extremidades inferiores hacia flexión, extensión y abducción con 15 repeti-

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Jerolás Steven Ortega Palomas DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
		glores, por ultimo se realiza masaje descontracturante y se coloca vibración en extremidades inferiores. La sesión termina sin complicaciones. Karen Prada FISIOTERAPEUTA C.C. 1.073.518.716
10/08/2021	12:00 m	Paciente que se encuentra en buenas condiciones en compañía de su madre, se realizan ejercicios de alcances en diferentes direcciones y alturas en posición sedente favoreciendo los reajustes de endoderezamiento con movimientos activos del tronco y activación de musculos abdominales, por ultimo se realizan estiramientos de columna cervical con 3 repeticiones. La sesión termina sin complicaciones. Karen Prada Beltran FISIOTERAPEUTA C.C. 1.073.518.716
11/08/2021	12:00 m	Paciente que se encuentra en buenas condiciones en compañía de su madre, se realizan ejercicios cognitivos con desplazamiento en silla de ruedas organizando figuras respecto a números, además se coloca vibración y se hace masaje trasverso profundo en región cervical por 5 minutos. La sesión termina sin complicaciones, paciente queda estable en buenas condiciones en compañía de su madre. Karen Prada Beltran FISIOTERAPEUTA C.C. 1.073.518.716
12/08/2021	12:00 m	Paciente que se encuentra en buenas condiciones en compañía de su madre, se realizan ejercicios de movilidad activa asistida de extremidades inferiores en decubito supino con elevación de extremidades inferiores y pelvis con 20 repeticiones, además se realizan estiramientos musculares de cadena posterior de miembros inferiores con 3 repeticiones. La sesión termina sin complicaciones. Karen Prada Beltran FISIOTERAPEUTA C.C. 1.073.518.716
13/08/2021	12:00 m	Paciente que se encuentra en buenas condiciones en compañía de su madre, se realiza estimulación sensorial con texturas en extremidad superior, ejercicios de agarres y alcances con peso resistido en muñeca de 1 libra con 15 repeticiones y por ultimo se coloca vibración en región cervical y hombros por 7 minutos. La sesión termina sin complicaciones. Karen Prada FISIOTERAPEUTA C.C. 1.073.518.716
14/08/2021	12:00 m	Paciente que se encuentra en buenas condiciones en compañía de su madre, se realiza entrenamiento de traslados de decubito supino a laterales y sedente desempeñando el apoyo manual favoreciendo el control del tronco y de extremidades. La sesión termina sin complicaciones. Karen Prada Beltran FISIOTERAPEUTA C.C. 1.073.518.716

Escaneado con CamScanner

NOMBRE DEL PACIENTE: Nicolás Ortega Palacios DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI 1010015177

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
10/08/2021	12:00 m	Paciente que se encuentra en buenas condiciones en compañía de su madre se realizan estiramientos musculares de varias extremidades para cadena posterior con 3 repeticiones de 15 segundos; además se realiza valoración fisioterapéutica final en donde se encuentra: - Realiza desplazamiento en silla de ruedas auto dirigido en la casa. - Incremento del tono muscular en extremidades inferiores de 1+ según ashworth - Disminución de espasmo muscular en trapecio fibras superiores - Mejora la ideación, planeación y ejecución de los movimientos - Mejora la destreza al realizar movimientos activos de traslados y transferencias. - Mejora la coordinación gruesa general al realizar movimientos finos. - Sensibilidad superficial conservada.

Escaneado con CamScanner

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1016015137 Fecha de ingreso: 02/08/2021
Apellidos Ortega Palacios Nombres Nicolas Steven
Documento de identidad: Tipo: TI Numero: 1016015137 Sexo: F ___ M X
Fecha de nacimiento: Día: 07 Mes: 12 Año: 2006 Estado civil: Soltero
Municipio: Funza Barrio: El sol Dirección: Cra 18 # 109-28
teléfono fijo: 8216635 Móvil: 3144241787 Correo electrónico: ___
Empresa: ___ Ocupación: Hogar
EPS: Famisanar Contributivo: ___ Subsidiado: X
Diagnóstico: Parálisis cerebral espástica CIE10 G800 Nº terapias 12
Acompañante: Rosa Palacios Parentesco: Madre Teléfono 3144241787

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: Hace 14 años.

Clínica de atención primaria: Clínica del niño.

Exámenes diagnósticos realizados: Resonancia magnética, TAC.

Atención de médicos especialistas: Fisiatría, Ortopedista, Neurología.

Tratamientos realizados: Terapias

Recomendaciones: Asistir a terapia

Resumen: "Nacio prematuro de 29 semanas, tiene parálisis cerebral espástica"

ANTECEDENTES:

Patológicos: PC espástico Traumáticos: ___ estrabismo
Toxico - alérgicos: ___ Quirúrgicos: Hernia inguinal, Lx cabeza
Infecciosos: Acetaminofen Farmacológicos: ___

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: No refiere.

Escala Análoga Verbal ___

Sensibilidad Superficial: Conservada.

Sensibilidad profunda: Conservada.

Espasmo: Trapecio sup. Edema: No Inflamación: No.

Escaneado con CamScanner

Retracciones Musculares: Moderado + Isquiotibiales

Atrofias musculares: Normal

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: Orientado

Nivel de conciencia: No valorado

Memoria: No valorado

Lenguaje: Por miedo de sacar

PRAXIAS		Movimientos involuntarios	GNOSIAS		
○ Constructiva			Simples	○ Gustativas	
○ Marcha				○ Visuales	
○ Vestirse				○ Olfativas	
○ Buco – linguo – facial				○ Auditivas	
○ Escritura			Complejas	○ Viscoespaciales	
				○ Esquema corporal	

s patológicos:

No presenta.

Movilidad articular:

Conservados en brazos.
Disminuidos en extremidades inferiores.

Coordinación: Alteración moderada.

Equilibrio: Alteración moderada

Postura o actitud postural: Postura antialgica.

Otros sistemas: Conservados.

Observaciones:

Ninguno.

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente que presenta alteración del dominio neuromuscular con deficiencia en la movilidad, estabilidad, fuerza y tono muscular

Firma terapeuta: Karen Price Beltrán Karen Price Beltrán FISIOTERAPEUTA C.C. 1.073.518.716 Registro: 2403

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 adverse 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. La 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) 10 % de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar o incremento del dolor después del primer día de fisioterapia
- ✓ Dolor e inflamación con cada nuevo ejercicio.

Humana-vital e.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: 02/08/2021 Hora 12:00 pm N° de terapias: 12 Diagnostico: RC espondilo

Yo Rosa Palacios con documento de identidad: 20736749 como (parentesco con el paciente) madre en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Nicolas Ortega con documento de identidad (del paciente) 1072015137 Después de leído este documento autorizo el profesional de fisioterapia de Humana-Vital e.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

Rosa Palacios

Firma del paciente

Cc 20736749

Karen Prieto Beltran
FISIOTERAPEUTA
C.C. 1073518716

IPS HUMANA - VIT
Especialistas en
Nit. 900.217 64

Firma de la terapeuta

Cc. 1073518716 Registro 2405

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 02/08/2021 hora 12:00 — N° de terapias 12.

Nombre: Nicolas Steven Ortega Palacios Cedula: 1016015137

✓ **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 Nicolas Steven Ortega Palacios con N° de cedula 1016015137

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.

Rosa Palacios

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: Rosa Palacios

Nombre: Rosa Palacios

Número de identificación: 20736749

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS 853

TERAPEUTA RESPONSABLE: Karen Pesta

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Nicolás Ortega P. IDENTIFICACION 1016015137

FECHA: 02/08/2021 HORA: 12:00m ALCALDIA x PARTICULAR ____ ARL ____

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

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 MATO 2019

660

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa Palacios identificado con cc 20736749. 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: Nicolas Ortega IDENTIFICACION 1016015135

FIRMA Rosa Palacios

FECHA: 06/08/2021 HORA: 12:00 m ALCALDIA x PARTICULAR ARL

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 02 / 08 / 2021 HORA: 12:00 m

NOMBRE DEL PACIENTE: Nicolás Steven Ortega P Cédula: 1016015137

DIAGNOSTICO: Paralesis cerebral espástica

DIRECCIÓN: Carrera 18 # 10a - 28

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	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: Karen Prieto Cedula: 1073518716

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Rosa Palacios Cedula: 20736749

Parentesco del paciente: Madre Firma: Rosa Palacios

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 enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0 Puntaje 15 Puntaje 30	30
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	15
	TOTAL	80

Escaneado con CamScanner