1100

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

6

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO Nixon Alejandro Rentes cordoza

DIRECCION Finca San miguel **TELEFONO** 3045736440

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
1/09/2021	11:00 pm	
2/09/2021	11:00 pm	
3/09/2021	11:00 Am	
4/09/21	10:00 Am	
6/09/21	11:00 Am	
7/09/21	10:00 Am	

Escaneado con CamScanner

NIXON ALEJANDRO PUENTES

CC 1073524101



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emision: FUNZA, jueves, 09 de septiembre de 2021 22:39:43 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.073.524.101**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	NIXON ALEJANDRO PUENTES CARDOZO
Identificacion	CC 1.073.524.101 Edad: 31 años, 2 meses y 17 dias
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) sábado, 23 de junio de 1990
Residencia	FUNZA Dirección: LOTE SAN MIGUEL EL PAPAYO Teléfono: 3045765940
Ocupacion	9998 NO APLICA
Responsable	ADELAIDA CARDOZO Parentesco: MAMÁ Teléfono: 3045765940
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: miércoles, 1 de septiembre de 2021 9:32:25 p. m. - EDAD: 31 años, 2 meses y 15 dias
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones pasivas, modulación de tono, se trabajan patrones diafragmáticos para mejoria de patrón respiratorio. Se realizan estiramientos generales. Se realiza Higiene postural. Paciente finaliza en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de terapia fisica domiciliaria por continuidad a la valoración inicial se evidencia:

- Paciente refiere dolor en miembros inferiores y miembro superior derecho luego de realizar los ejercicios con calificación de 6/10 según EVA, dolor disminuye al reposo
- Rangos de movilidad de forma activa para miembro superior derecho flexión de hombro 60°, extensión 20°, abducción 50°, rotaciones 30°, flexión de codo 80°, extensión -10°, flexión y extensión de muñeca 20, desviacion radial y cubital 10°
- Retracciones musculares severas para gastro soleos, isquiotibiales, cuádriceps, palmar mayor, deltoides medio
- Desempeño muscular a 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores y calificación de 2 /5 según escala de Daniels para tren inferior
- Se evidencia alteración en equilibrio estático en posición sedente corto
- Paciente quien no realiza patrón de marcha, realiza arrastre para desplazamientos cortos dentro de su hogar
- No se evidencia edema ni inflamación
- Atrofia muscular generalizada

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). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: Jueves, 2 de septiembre de 2021 9:34:33 p. m. - EDAD: 31 años, 2 meses y 15 dias
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: 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, Inver y ever, Dorsiflexión
TECNICAS: BOBATH, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, 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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

Escaneado con CamScanner

FECHA CONSULTA: viernes, 3 de septiembre de 2021 9:35:31 p. m. - EDAD: 31 años, 2 meses y 15 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, 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: Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios isotónicos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepcion
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). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 4 de septiembre de 2021 9:41:57 p. m. - EDAD: 31 años, 2 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
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, Abductores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, 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: G800 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: lunes, 6 de septiembre de 2021 9:43:16 p. m. - EDAD: 31 años, 2 meses y 15 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, Abductores Hombro: Flexores, Extensores, 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: BOBATH, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, 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: G800 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

Escaneado con CamScanner

FECHA CONSULTA: martes, 7 de septiembre de 2021 10:35:46 p. m. - EDAD: 31 años, 2 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12 15 MIN
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, Aductores, Rotadores externos 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 terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente refiere disminución de dolor en miembros inferiores y miembro superior derecho con calificación de 5/10 según EVA
- Se mantienen según calificación inicial rangos de movilidad de forma activa para miembro superior derecho flexión de hombro 60°, extensión 20°, abducción 50°, rotaciones 30°, flexión de codo 80°, extensión -10°, flexión y extensión de muñeca 20, desviación radial y cubital 10°
- Retracciones musculares continúan severas para gastro soleos, isquiotibiales, cuádriceps, palmar mayor, deltoides medio
- Aumento desempeño muscular a 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores y calificación de 2-/5 según escala de Daniels para tren inferior
- Mejoro levemente equilibrio estático en sedente corto
- Mejoro moderadamente propiocepción viso manual
- Paciente quien no realiza patrón de marcha, realiza arrastre para desplazamientos cortos dentro de su hogar
- No se evidencia edema ni inflamación
- Atrofia muscular generalizada

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: G800 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

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: Nixon Alejandro Bentes DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 7073574707

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
1 log/22	11:00 pm	Recibe inicio ciclo de sesiones de fisioterapia. A la valoración inicial se evidencia paciente con alteración en marcha, fuerza muscular disminuida dolor de su hogar. Se coloca gelotex local en zona afectada y masaje de tejidos blandos, relajante muscular. Sesión en compañía de familiar. Se finaliza procedimiento sin complicaciones. Ft. Sindy Fernández. Cm: 0258
2 log/22	11:00 Am	Se realiza sesión de fisioterapia en casa, paciente en cama, se coloca gelotex local en zona afectada y masaje de tejidos blandos, relajante muscular. Se finaliza procedimiento sin complicaciones. Ft. Sindy Fernández. Cm: 0258
3 log/22	11:00 Am	Se realiza sesión de fisioterapia en casa, paciente en cama, se coloca gelotex local en zona afectada y masaje de tejidos blandos, relajante muscular. Se finaliza procedimiento sin complicaciones. Ft. Sindy Fernández. Cm: 0258
4 log/22	11:00 Am	Se realiza sesión de fisioterapia en casa, paciente en cama, se coloca gelotex local en zona afectada y masaje de tejidos blandos, relajante muscular. Se finaliza procedimiento sin complicaciones. Ft. Sindy Fernández. Cm: 0258
6 log/22	11:00 Am	Se realiza sesión de fisioterapia en casa, paciente en cama, se coloca gelotex local en zona afectada y masaje de tejidos blandos, relajante muscular. Se finaliza procedimiento sin complicaciones. Ft. Sindy Fernández. Cm: 0258
7 log/22	10:00 Am	Paciente acude a sesión de fisioterapia. Se evidencia aún dolor en zona afectada, se coloca gelotex local y masaje de tejidos blandos, relajante muscular. Se finaliza procedimiento sin complicaciones. Ft. Sindy Fernández. Cm: 0258

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

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)

- [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
- [ ] 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: 7/04/21 Hora 11:00am N° de terapias: 6 Diagnostico: G800

Yo Adelaida Carobzo Torres con documento de identidad: 39736704 como (parentesco con el paciente) Mamá en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Alejandro Ruiz con documento de identidad (del paciente) 703524107 Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

IPS HUMANA - VITAL
Especialistas en te
Nit. 900.217 648

Firma del paciente

Cc 39736704

Firma de la terapeuta

Cc. 1073576331 Registro 029162

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: 7/09/21

Firma: _____

Nombre: _____

Número de identificación: 39 736 704

Escaneado con CamScanner

Fecha 7/09/21 hora 11:00 Am N° de terapias 6

Nombre: Alba Alejandra Pontes Cedula: 1023524707

✓ **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	/	

✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Adelaida Curdozo Torres con N° de cedula 39 736 704

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

	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

1109

AUTORIZACIÓN

Yo Adelaida Cardozo Torres identificado con cc 39 736 704 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: Adelaida Cardozo Torres IDENTIFICACION 39736704

FIRMA

FECHA: 2/04/22 HORA: 11:00am ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Nixon Portes IDENTIFICACION 1073524102

FECHA: 7/09/21 HORA: 11:00am 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

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

Escaneado con CamScanner