1089

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 Sergio Anas Anzola

DIRECCION Finca Manchilay **TELEFONO** 3224428339

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
1/09/21	1:00 pm	Ana Anzola
2/09/21	12:00 pm	Ana Anzola
3/09/21	12:00 pm	Ana Anzola
4/09/21	11:00 Am	Ana Anzola
6/09/21	11:00 Am	Ana Anzola
7/09/21	11:00 Am	Ana Anzola

SERGIO ARIAS ANZOLA

CC: 1073502026

1090



Lugar y fecha de emisión: FUNZA, Jueves, 09 de septiembre de 2021 22:44:06 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.073.502.026**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	SERGIO ARIAS ANZOLA
Identificación	CC 1.073.502.026 Edad: 40 años, 4 meses y 27 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) lunes, 13 de abril de 1981
Residencia	FUNZA Dirección: VIA EL COCLI Teléfono: 3144660307
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	NO Parentesco: NO Teléfono: .....
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: Masculino

FECHA CONSULTA: miércoles, 1 de septiembre de 2021 9:21:52 p. m. - EDAD: 40 años, 4 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Inver y ever, Dorsiflexión
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria por continuidad a la valoración inicial se evidencia:

- Esferas mentales alteradas
- Se evidencia patrón flexor marcado, contractura y deformidad en miembro superior izquierdo
- Rangos de movilidad limitados para miembro superior derecho flexión 80°, extensión 20°, abducción 50°, flexión de codo 100°, extensión -10°, miembros inferiores flexión de cadera 50°, abducción 30°, aducción -10° , flexión de rodillas 50°, extensión -10°. dorsiflexion 10°, plantiflexion 15°, inversion y eversión 10° de forma bilateral
- Retracciones musculares severas para isquiotibiales, gastro soleos, cuádriceps de forma bilateral
- Desempeño muscular de 2-/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembro superior derecho y miembros inferiores
- No se evidencia edema ni inflamación
- Atrofia muscular generalizada
- Paciente quien no realiza patrón de marcha de forma independiente
- Paciente hace uso de silla de ruedas propulsada por segunda persona para traslados y desplazamientos

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS 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 9:26:18 p. m. - EDAD: 40 años, 4 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
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: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 3 de septiembre de 2021 9:27:25 p. m. - EDAD: 40 años, 4 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Flexores, Extensores, Inclinadores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: 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: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS 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 9:28:45 p. m. - EDAD: 40 años, 4 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Prenación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS 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 9:29:57 p. m. - EDAD: 40 años, 4 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Supinación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores internos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: ROOD, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 7 de septiembre de 2021 10:41:17 p. m. - EDAD: 40 años, 4 meses y 27 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de Ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 6
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 Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
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 no refiere dolor
- Se evidencia patrón flexor marcado, contractura y deformidad en miembro superior izquierdo
- Se mantienen rangos de movilidad según calificación inicial para miembro superior derecho flexión 80°, extensión 20°, abducción 50°, flexión de codo 100°, extensión -10°, miembros inferiores flexión de cadera 50°, abducción 30°, aducción -10° , flexión de rodillas 50°, extensión -10°. dorsiflexión 10°, plantiflexion 15°, inversión y eversión 10° de forma bilateral
- Continúan retracciones musculares severas para isquiotibiales, gastro soleos, cuádriceps
- Continúan desempeño muscular de 2-/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembro superior derecho y miembros inferiores
- No se evidencia edema ni inflamación
- Atrofia muscular generalizada

Se recomienda control con médico tratante y continuar realizando los ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: B91X-SECUELAS DE POLIOMIELITIS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FT: Sindy Fernández
RM: 029562

IPS HUMANA - VITAL S A S
Especialistas en terapias
Nit. 900.217.648-1

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Sergio Arias Arzola DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1093502026

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
1/09/21	7:00 pm	Paciente inicia ciclo de sesiones de fisioterapia, a la valoración inicial se evidencia alteración en esferas mentales y lenguaje, se evidencia asimetría y descoordinación en mmss predo. rango de movilidad limitados en ambos derecho y mmll de forma bilateral, alteración en equilibrio dinámico y estático, disregión mayor de 2/5 según escala de daniels, reflejos seres en cuclugas, isquiotibiales y aductores, se analiza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. RM: 0295bz
2/09/21	2:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa activa en mmss derecho y mmll, disociados de tronco con balón, discapa de peso, se analiza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández RM: 0295bz
3/09/21	2:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmll, fortalecimiento muscular con balón y banda elástica amarilla, se realizan diagonales de kabbat, se analiza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. RM: 0295bz
4/09/21	7:00 am	Se realizan diagonales de kabbat en mmss derecho, movilidad activa pasiva en mmss izquierdo, activa-asistida en mmll, ejercicios de propiocepción ubicacional, se analiza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. RM: 0295bz
6/09/21	7:00 am	Se realizan ejercicios de movilidad activa-asistida y pasiva diagonales de kabbat, ejercicios de pinzas y agarre, fortalecimiento muscular con balón, se continua sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. RM: 0295bz
7/09/21	7:00 am	Paciente inicia ciclo de sesiones de fisioterapia a la valoración inicial se evidencia alteración en esferas mentales superiores, alteración en lenguaje, se evidencia contractura y dolor en mmss izquierdo, debilidad muscular severa para cuadrupedismo, isquiotibiales y aductores de forma bilateral, alteración en equilibrio dinámico y estático, regular fuerza propiocepción ubicacional. FT: Sindy Fernández RM: 0295bz

1095

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

Fecha 1/09/21 hora 7:00 pm N° de teraplas 6

Nombre: Gregia Arias Anzola Cedula: 1073502026

✓ **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			CÓLERA		
HERPES			H1N1		
DIFTERIA			HEPATITIS		
NEUMONÍA			VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)		
TUBERCULOSIS			CÁNCER		

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

Yo Ana Anzola con N° de cedula 21133671

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.

Ana Anzola

Firma del paciente o responsable

1096

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 deriva 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 realizará lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- ☐ Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), ultrasonido, láser, vibración, calor superficial, crioterapia (frío). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- ☒ Movilidad articular
- ☒ Ejercicios activos
- ☒ Fortalecimiento muscular
- ☒ Estiramiento muscular y/o capsular
- ☐ Ejercicios pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia:

- ☒ Disminución del dolor
- ☒ Aumento de arcos de movilidad articular
- ☒ Incremento de la fuerza muscular
- ☒ Mejorar estabilidad articular
- ☐ Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 70% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede:

- Sentir malestar en 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 alguna persona que no tenga formación en salud, ej: sobanderos, chamanes, rezanderos, etc.

Fecha: 7/09/21 Hora: 2:00pm Nº de Terapias: 6 Diagnóstico: Secuelas de poliomielitis

Yo Ana Anzola con documento de identidad: 21 133 671

En calidad de paciente después de leído este documento autorizo al fisioterapeuta de HUMANA VITAL S.A.S a realizar el tratamiento propuesto.

Ana Anzola

Firma paciente

cc. 21 133 671

Sindy Fernández

Firma profesional

cc. 1075576337 RP 282562

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: Ana Anzola

Nombre:

Número de identificación: 21 133 671

1096

	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 Ana Anzola identificado con cc 21 133 671 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: Sergio Anzola IDENTIFICACION 7093502026

FIRMA Ana Anzola

FECHA: 7/04/21 HORA: 7:00 pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

1099

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Sergio Luis Anzola IDENTIFICACION 1073502026

FECHA: 1/09/23 HORA: 1:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR _____ ARL _____

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