	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

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Andres Camilo Pedraza

DIRECCIÓN: Cra 4 # 12-12 TELÉFONO: 3143187820 6886

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
03-09-2021	8+00	Ana L Sanchez.
04-09-2021	8+00	Ana L Sanchez.
06-09-2021	8+00	Ana L Sanchez.
07-09-2021	8+00	Ana L Sanchez.
08-09-2021	8+00	Ana L Sanchez.
09-09-2021	8+00	Ana L Sanchez.
10-09-2021	8+00	Ana L Sanchez.

Andres Camilo pedraza T.I 1029220808



HUMANA-VITAL SEA'S NIT 900217648-1

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, Jueves, 09 de septiembre de 2021 07:32:07 **HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPIA No. 1.029.220.808**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	PEDROZA CASTELLANOS ANDRÉS CAMILO
Identificación	TI 1.029.220.808 Edad: 14 años, 2 meses y 25 días
Nacimiento	SIN INFORMACIÓN (SIN INFORMACIÓN) viernes, 15 de Junio de 2007
Residencia	FUNZA Dirección: CLL 10 7 A 42 Teléfono: 3115142002/3208871497
Ocupación	ESTUDIANTE
Responsable	- Parentesco: - Teléfono: .....
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDÍA EPS: AL001 - ALCALDÍA DE FUNZA Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: viernes, 3 de septiembre de 2021 4:43:19 p. m. - EDAD: 14 años, 2 meses y 23 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: movilizaciones pasivas, cambios de postura, rotación de tronco inferior

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que inicia ciclo de terapia física domiciliaria a la valoración por continuidad se encontró:
-Paciente con patrón flexor d miembros superiores
- Realiza agarres por periodo corto
-mantiene el sedente por segundos no presenta estabilidad
- Retracciones musculares en cuádriceps isquitibiles y peroneos moderados
-Paciente realiza rolados
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: sábado, 4 de septiembre de 2021 4:52:48 p. m. - EDAD: 14 años, 2 meses y 23 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores, Inclinadores Hombro: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever
OTROS PROCEDIMIENTOS: movilizaciones pasivas céfalo caudal, ejercicios uniplanares y rotación de tronco inferior
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos
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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: lunes, 6 de septiembre de 2021 4:55:22 p. m. - EDAD: 14 años, 2 meses y 23 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Hombro: Flexores, Extensores Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: BOBATH
OTROS PROCEDIMIENTOS: movilizaciones pasivas, cambios de postura, control cefálico en sedente
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, 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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 7 de septiembre de 2021 4:57:34 p. m. - EDAD: 14 años, 2 meses y 23 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: movilizaciones pasivas, cambios de postura, estabilidad en sedente
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, 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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: miércoles, 8 de septiembre de 2021 7:21:12 a. m. - EDAD: 14 años, 2 meses y 25 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: estabilidad en sedente
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: jueves, 9 de septiembre de 2021 7:23:50 a. m. - EDAD: 14 años, 2 meses y 25 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: FNP

OTROS PROCEDIMIENTOS: cambios de postura, ejercicios de control cefálico en sedente
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: viernes, 10 de septiembre de 2021 7:24:12 a. m. - EDAD: 14 años, 2 meses y 25 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 7
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Mano: Flexores, Extensores, Desviación radial, Desviación cubital
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios de control cefálico en sedente
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que finaliza ciclo de terapia fascia domiciliaria a la valoración final se encontró:
Paciente que continúa con patrón flexor de miembros superiores
- Realiza agarres y alcances
-Mantiene el sedente por segundos pierde estabilidad con facilidad, control cefálico mejora en sedente
- Retracciones musculares en cuádriceps isquitibiles y peroneos moderados
-Paciente realiza rolados y adopta el semiarrodillado manteniendo la postura
Se recomienda continuar con tratamiento por fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

Monica J. Fajardo

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: Andres pedraza DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1029220809

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
03-09-2021	8:00	Encuentro paciente en decubito dorsal, paciente con flexion de miembros superiores, realiza agarres por periodo corto, no realiza o adopta moderte falta estabilidad, se inicia sesion con estiramientos mantenidos en miembros superiores e inferores, se realiza movilizaciones pasivas en manos y muñecas, se trabaja cambios de postura rolados, se adopta sedente con ayuda donde se trabaja control cefalico y ejercicios de agarres, paciente nerviosa pero intenta realizar actividad. Finaliza sesion
06 09-2021	8:00	Encuentro paciente estable en decubito dorsal se inicia sesion con movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores, se trabaja ejercicios uniplanares y de flexo-extension en miembros inferiores, finaliza con MF en miembros superiores. queda paciente en decubito lateral en compañia de familiar
06-09-2021	8:00	Encuentro paciente en decubito dorsal, paciente con patron flexor en miembros superiores, se trabaja movilizaciones pasivas cefalo-caudal, se realiza estimulo en manos para ejecutar agarres los cuales realiza mantiene por periodo corto, se continua con ejercicios de bobath en sedente paciente asimila actividad, finaliza con ejercicios de control cefalico en sedente. queda paciente en decubito dorsal
07-09-2021	8:00	Encuentro Paciente estable en decubito dorsal, se inicia sesion con estiramientos mantenidos en miembros inferiores, se realiza ejercicios uniplanares y de flexo-extension, se realiza rotacion de tronco inferior, se adopta bi sedente con ayuda donde se trabaja control cefalico finaliza sesion sin complicacion queda pte en sedente
08-09-2021	8:00	Encuentro paciente en decubito dorsal, se inicia sesion se realiza terapia con movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores, se trabaja estiramientos mantenidos en miembros inferiores, se realiza ejercicios uniplanares y de flexo-extension, se adopta sedente con ayuda donde se trabaja control cefalico, paciente ansiosa ante actividad. finaliza sesion sin complicacion queda paciente decubito dorsal
09-09-2021	8:00	Encuentro paciente en decubito dorsal, se trabaja movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferores, se realiza cambios de postura, Paciente hace rolados y adopta el semiarrodillado por si solo, se trabaja en sedente ejercicios de agarres paciente intento lo logra y mantiene los objetos por periodo mas largo finaliza sesion sin complicacion

927

36

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Camilo pedraza DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1029220868

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
6-09-2021	8:00	Encuentro paciente en decubito dorsal se trabaja movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores se trabaja estiramientos en rodillas y cuello de pie bilateral, se realiza rotacion tronco inferior, cambios de postura y Trn e miembros superiores, finaliza con ejercicios de agarres y alcances de pelotas, paciente que mantiene mas los objetos en las manos finaliza sin complicación.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de fisioterapia, esto significa que entiende en que consiste el tratamiento y nos autoriza a realizarlo.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no derivara ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención .Antes de firmar, es importante que lea despacio la siguiente información.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (a usted se le realizara lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- [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) 70% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar o incremento del dolor después del primer día de fisioterapia
- ✓ Dolor o 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: 09-2021 Hora 8:00 N° de terapias: 7 Diagnostico: Parálisis Cerebral

Yo Ana Lucinda Sánchez con documento de identidad: 23993984 como (parentesco con el paciente) abuela 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.

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

Ana L Sánchez

Firma del paciente

Cc 23993984

Monica J. Fajardo

Firma de la terapeuta

Cc. 1.061.176041 Registro 04775

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

Fecha 09-2021 hora 8:00 N° de terapias _____

Nombre: Andres Camilo Pedraza Cedula: 1029220808

✓ **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 Ana Sanchez con N° de cedula 23993984

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 L Sanchez

Firma del paciente o responsable

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

Autorización para el tratamiento de datos personales

Trabajadores de la IPS

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la IPS HUMANA VITAL S.A.S que:

1. HUMANA VITAL S.A.S actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la política de tratamiento de datos personales de HUMANA VITAL S.A.S que se encuentran en la página web www.humanavital.com
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles.
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos en HUMANA VITAL S.A.S y observando la política de tratamiento de datos personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico servicioalcliente@humanavital.com
6. HUMANA VITAL S.A.S garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento.

Cualquier cambio será notificado a través del medio de comunicación que HUMANA VITAL S.A.S considere más adecuado para tal efecto, (por ejemplo correo electrónico, comunicación directa y/o anuncio en nuestra página web)

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a HUMANA VITAL S.A.S para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la IPS y para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales de las compañías. La información obtenida para tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 09-2021

Firma: Ana Sanchez

Nombre: 23992954 Ana Lucinda Sanchez

Número de Identificación: _____

	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 23993984 Ana Lucinda Sandet identificado con cc 23993984 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: Andres Pedraza IDENTIFICACION 1029220808

FIRMA Ana L Sandet

FECHA: 09-2021 HORA: 8100 ALCALDIA X PARTICULAR ARL

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Monica J Fajardo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Andres Camilo Pedraza **IDENTIFICACION** 1029220888

FECHA: 09-2021 **HORA:** 8toc **ALCALDIA** X **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

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