1139

	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE INSTITUCIONAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: KV 8 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2018 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MAYO 2018

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Brayan Duvan Alarcon Arrieta

DIRECCIÓN: Cll 78 #75-25 Bonares de Inma TELÉFONO: 8269266

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
1/04/2021	8:00 AM	Kelly Salgado.
2/04/2021	2:00 pm	
3/04/2021	2:00 pm	
4/04/21	2:00 pm	
6/04/21	2:00 pm	Kelly Salgado
7/04/21	2:00 pm	

Escaneado con CamScanner

BRAYAN DUVAN ALARCON

CC: 1073527811

1140



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

r y fecha de emisión: FUNZA, Jueves, 09 de septiembre de 2021 22:13:21 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.073.527.811**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	BRAYAN DUVAN ALARCON CHIQUIZA
Identificación	CC 1.073.527.811 Edad: 43 años, 2 meses y 6 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) lunes, 03 de Julio de 1978
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 18 # 15 - 25 MANZ E CAS 7 Teléfono: 3184794236
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	, Parentesco: . Teléfono: .....
Acompañante	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: miércoles, 1 de septiembre de 2021 8:26:38 p. m. - EDAD: 43 años, 2 meses y 4 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Esomeprazol
Levotiroxina
Respiridona
Clonazepam
Carbamazepina
PATOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitido por alcaldía
DIAGNOSTICO MEDICO:
Paciente con diagnostico medico de retraso mental profundo y autismo, con un tiempo de evolución de 22 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio con inmovilización en miembros superiores e inferiores y en compañía de enfermera
ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: ALTERADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: ALTERADA Táctil: ALTERADA Auditiva: ALTERADA Gustativa: ALTERADA Olfativa: ALTERADA
PRAXIAS Ideacional: ALTERADA Ideomotora: ALTERADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: ALTERADA
Comunicación: ALTERADA Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: ALTERADA Dolor: ALTERADA Temperatura: ALTERADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: ALTERADA Vibración: ALTERADA Propiocepción: ALTERADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: ALTERADA Esterognosia: ALTERADA Topognosia: ALTERADA Grafestesia: ALTERADA Discriminación 2 puntos: ALTERADA
SISTEMA MOTOR
Tono: No presenta variación Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: En articulación de cuello de pie izquierdo
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 CON AYUDA Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Sedente a cuadrúpedo: NO ADOPTA Cuadrúpedo a rodillas: NO ADOPTA Rodillas a bípedo: NO ADOPTA
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Ballsmo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: NO Ayuda externa: SI Marcha: SI
COORDINACION: Fina (viso manual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR

Escaneado con CamScanner

QUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: REGULAR Bipedo: REGULAR
TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: 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: Paciente hace uso de pañal 24Hrs Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de retraso mental profundo, presenta alteración en el dominio neuromuscular en las categorías alerta, atención y cognición, función motora, lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: F788-OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 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 mejoría de patrón respiratorio. Se realizan estiramientos generales. Se realiza Higiene postural. Paciente finaliza en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Valoración inicial y primera sesión
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 2 de septiembre de 2021 8:34:05 p. m. - EDAD: 43 años, 2 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores,, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, 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: F788-OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ 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 8:36:53 p. m. - EDAD: 43 años, 2 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Escaneado con CamScanner

Cadera: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: , Dorsiflexión, Inver y ever, Plantiflexión
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isométricos, 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: F788-OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ 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 8:38:10 p. m. - EDAD: 43 años, 2 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones pasivas, modulación de tono, Se realizan estiramientos generales. Se realiza Higiene postural. Paciente finaliza en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F788-OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ 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 8:39:12 p. m. - EDAD: 43 años, 2 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isométricos, 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: F788-OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ 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 10:06:42 p. m. - EDAD: 43 años, 2 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

Escaneado con CamScanner

Paciente con alteración en esferas mentales superiores
-Alteracion en lenguaje
-Paciente es 100% dependiente para ejecutar actividades de la vida diaria
-Paciente quien es inmovilizado por presentar comportamientos agresivos
-No se evidencia edema ni inflamación
-Se evidencia alteración en equilibrio dinámico y estático
-Rangos de movilidad conservados a la movilización pasiva
-Presenta contractura en articulación de cuello de pie izquierdo

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: F788-OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FT: Sindy Fernandez
RM: 029562

Escaneado con CamScanner

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Brayan Julian Alarcon **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1073521871

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
1/09/21	8:00 Mañana	Paciente inicia ciclo de terapias a la valoración inicial se evidencia: paciente con alteración en arcos movilidad, ortesis de tobillo, limitación de movilidad generado a la movilidad pasiva, retracciones musculares en isquiotibiales gastrosoleos y cuadriceps, alteración en equilibrio dinámico, propiocepción disminuida y agilidad, paciente quien se asiste inmovilizado en muletas y mmii por agresividad, se realizan ejercicios de movilidad activa de pie pasiva en mmss y mmii, diagonales de facilitación, descargas de peso y aproximaciones articulares, se realiza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
2/09/21	2:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa de pie pasiva en mmss y mmii, diagonales de facilitación, descargas de peso y aproximaciones articulares, se realiza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
3/09/21	2:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa de pie pasiva en mmss y mmii, diagonales de facilitación, descargas de peso y aproximaciones articulares, se realiza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
4/09/21	2:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa de pie pasiva en mmss y mmii, diagonales de facilitación, descargas de peso y aproximaciones articulares, se realiza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
6/09/21	2:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa de pie pasiva en mmss y mmii, diagonales de facilitación, descargas de peso y aproximaciones articulares, se realiza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
7/09/21	2:00 pm	Se realiza ciclo de terapias a la valoración inicial se evidencia: paciente con alteración en arcos movilidad, ortesis en tobillo, limitación de movilidad generado a la movilización pasiva, se evidencia pérdida de pie izquierdo generado retracciones musculares moderadas en mmii, no se evidencia edema ni inflamación, paciente remitido por agresión, paciente 100% dependiente para ejecutar actividades de la vida diaria. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1073529877 Fecha de ingreso: 1/09/2021
Apellidos Marroo Chiza Nombres Bayan Duvan
Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 1073529877 Sexo: F___ M_X
Fecha de nacimiento: Día: 23 Mes: Julio Año: 1999 Estado civil: Soltero
Municipio: Ipiales Barrio: Pastas Diracción: Calle 19 # 15-25
teléfono fijo: 8269266 Móvil: 3184794236 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: N.R
EPS: Famisanar Contributivo: ___ Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Retraso mental Severo / Autismo CIE10 F988/F840 Nº terapias 6
Acompañante: Carlos alarcon Parentesco: Papá Teléfono 3184794236

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

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: Nacimiento

Clínica de atención primaria: Hospital de Ipiales

Exámenes diagnósticos realizados: TAC

Atención de médicos especialistas: Neurólogo - General

Tratamientos realizados: N.R

Recomendaciones: —

Resumen:

ANTECEDENTES:

Patológicos: Autismo Traumáticos: No
Toxico - alérgicos: No Quirúrgicos: No
Infecciosos: No Farmacológicos:
Esomeprazol, levotiroxina, clonazepam, risperidona, carbamazepina.

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:

No Escala Análoga Verbal ___

Sensibilidad Superficial: —

Sensibilidad profunda: —

Espasmo: — Edema: — Inflamación: —

Escaneado con CamScanner

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

Retracciones Musculares: Modulos - secuelas gerbaticas - isquiotibiales

Atrofias musculares: Generalizada

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: conciencia:

Nivel de alerta

Memoria: alterada

Lenguaje: alterada

PRAXIAS	
Constructiva	no
Marcha	no
Vestirse	no
Buco – lingual – facial	no
Escritura	no

Movimientos involuntario

GNOSIAS		
Simples	Gustativas	—
	Visuales	—
	Olfativas	—
	Auditivas	no
Complejas	Visoespaciales	—
	Esquema corporal	no

s patológicos:

Paciente quien debe ser manejada de manera y manu debido a agresividad

Movilidad articular:

Conservada a medias activa

Coordinación: alterada

Equilibrio: alterada

Postura o actitud postural: supino - sedente cama

Otros sistemas: Parcial 24 horas

Observaciones:

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio actividad participación en función motora, alteración y cognición que le limitan a ejecutar actividades de la vida diaria.

Firma terapeuta: Sindy Fernández Registro: 029582

Escaneado con CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento sirve para que usted o quien lo representa 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 después la siguiente información

Discuta el tema ahora con su terapeuta 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)

- ☐ Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a aplicar:
- ☒ Movilización articular.
- ☒ Ejercicios activos
- ☒ Fortalecimiento
- ☒ Estiramiento
- ☐ Hiperemias (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- ☐ Disminución del dolor
- ☒ Aumento de arcos de movimiento
- ☒ Incremento en la fuerza
- ☐ Mejorar la estabilidad articular

Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar el 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 nueva 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, ejm; sobanderos, chamanes, rezanderas, etc..

Fecha: 1/04/22 Hora 8:00 Am N° de terapias: 6 Diagnostico: Retroso mental

Yo Kelly Salgado con documento de identidad: 64 708.188 como (parentesco con el paciente) enfermera en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Briyan Alarcon con documento de identidad (del paciente) 1073527811 Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

Kelly

Firma del paciente

Cc 64 708. 188

Sindy Fernández

Firma de la terapeuta

Cc. 1023576337 Registro 02962

IPS HUMANA - VITAL
Especialistas en terapia
Nit. 900.217.648 - 1

Escaneado con CamScanner

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

149

Fecha 7/09/22 hora 8:00 am N° de terapias 6

Nombre: Bryan Dario Alvarez Cedula: 1023527377

✓ **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 Kelly Salgado con N° de cedula 64 708 188

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

1150

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: 7/04/21

Firma:

Nombre: Kelly Salgado

Número de identificación: 64.708.181

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 Kelly Salgado identificado 15 con cc 64.708.188 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de foto como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollan.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Brayan Dixo Chicos IDENTIFICACION 1003523827

FIRMA

FECHA: 7/09/21 HORA: 8:00 Am ALCALDIA ✓ PARTICULAR ARL

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

1152

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Oscar Dan Alarcón **IDENTIFICACION** 79 55 785

FECHA: 1/09/21 **HORA:** 8:00 Am **ALCALDIA** ✓ **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: 7/07/22 HORA: 8:00 Am

NOMBRE DEL PACIENTE: Brayan Duran Alarcon Cédula: 7573527877

DIAGNOSTICO: Retraso mental Severo

DIRECCIÓN: Calle 13 #15-25

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
1. Acueducto y alcantarillado	✓	
2. Luz	✓	
ESPACIO		
3. Ventilación óptima	✓	
4. Normas de higiene básica	✓	
5. Es suficientemente amplio para el paciente, la terapeuta y un acompañante	✓	
6. Cuenta con tomas eléctricas en buen estado	✓	
7. Normas de seguridad básicas para el paciente (Pisos, baños, escaleras)	✓	
8. Muebles del entorno del paciente en buen estado	✓	
9. Cama en buen estado	✓	
ACCESO		
10. Existe medios de transporte que lleguen o aproximen al domicilio.	✓	
11. Las vías cerca al domicilio son transitables.	✓	
12. El entorno donde se encuentra ubicado el domicilio es seguro (Índice de delincuencia mínima)	✓	

OBSERVACIONES: /

¿Se puede realizar la terapia en el domicilio evaluado? SI ✓ NO _____

Si su respuesta es NO describa por qué: /

Datos del evaluador:

NOMBRE: Sindy Fernández Cedula: 7573576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Kelly Salgado Cedula: 64.708.188

Parentesco del paciente: enfermera Firma: Kelly S

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/caminador. • 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	15
	Puntaje 15	
	TOTAL	15

Escaneado con CamScanner