	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	573
	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: Brayan Steven Camacho Gomez

DIRECCIÓN: Cra 6 #77A-27 TELÉFONO: 3732794321

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
27/08/21	12:00 pm	Viviana Gonzalez Dimate
28/08/21	12:00 pm	Viviana Gonzalez Dimate
29/08/21	12:00 pm	Viviana Gonzalez Dimate
30/08/21	12:00 pm	Viviana Gonzalez Dimate
31/08/21	12:00 pm	Viviana Gonzalez Dimate
23/08/21	1:00 pm	Viviana Gonzalez Dimate
24/08/21	2:00 pm	Viviana Gonzalez Dimate

514

BRAYAN STEVEN CAMACHO GONZALEZ

TI: 1029153145



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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, lunes, 30 de agosto de 2021 14:03:24

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.029.153.145

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	BRAYAN STEVEN CAMACHO GONZALEZ
Identificación	RC 1.029.153.145 Edad: 6 años, 0 meses y 10 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) jueves, 20 de agosto de 2015
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 6 # 17A - 27MEXICO Teléfono: 3132194321
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	MAYERLI GONZALEZ Parentesco: MAMÁ Teléfono: 3132194351
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	HUMANA EPS: EPS002 - SALUD TOTAL S.A Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: martes, 17 de agosto de 2021 1:46:07 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 10 días

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No refiere

HOSPITALARIOS: No refiere

QUIRURGICOS: No refiere

TRAUMATICOS: No refiere

TOXICO ALERGICOS: No refiere

FARMACOLOGICOS: Melatonina

PATOLOGICOS: Displasia de cadera

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitido por alcaldía, madre refiere "Ya tenía 11 meses, pero no gateaba ni se sentaba todo fue porque le dio hipoxia"

DIAGNOSTICO MEDICO:

Paciente con diagnostico medico de parálisis cerebral discinética, con un tiempo de evolución de 6 años

OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en silla neurológica en compañía de madre y cuidadora

ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta

DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR

ORIENTACION Persona: CONSERVADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA

NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA

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: Hipotonía generalizada Observación: presenta variación Palpación: presenta variación Movimiento: presenta variación

CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

VALORACION FUNCIONAL

DERECHO Cabeza: MALO Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR

IZQUIERDO Cabeza: MALO 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 Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO

TRASLADOS: Independiente: NO Ayuda externa: SI Marcha: NO

COORDINACION: Fina (visomanual): MALA Gruesa (visopedica): MALA

EQUILIBRIO DINAMICO: MALO

EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: MALO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO

TROFISMO: No evaluado

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: paciente hace uso de pañal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de parálisis cerebral discinética, presenta alteración en los dominios osteomuscular y neuromuscular en las categorías
de rangos de movilidad articular, desempeño muscular, marcha, función motora, lo cual lo limita para ejecutar actividades de la vida diaria propias de su edad.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: G803-PARALISIS CEREBRAL DISCINETICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 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: miércoles, 18 de agosto de 2021 1:52:57 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, 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
OTROS PROCEDIMIENTOS: descargas de peso
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, 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: G803-PARALISIS CEREBRAL DISCINETICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 19 de agosto de 2021 1:54:09 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Extensores, Flexores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Inver y ever, Dorsiflexión
TECNICAS: BOBATH, ROOD
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isométricos, 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: G803-PARALISIS CEREBRAL DISCINETICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 20 de agosto de 2021 1:55:10 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 4
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, Abductores, Aductores, Abductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, FNP, GLENN DOMAN
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, 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: G803-PARALISIS CEREBRAL DISCINETICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 21 de agosto de 2021 1:56:34 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 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, Abductores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: Adopcion del cuadrúpedo para promover el gateo
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isotónicos, Ejercicios concéntricos, 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: G803-PARALISIS CEREBRAL DISCINETICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: lunes, 23 de agosto de 2021 1:57:05 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 6
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): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G803-PARALISIS CEREBRAL DISCINETICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 24 de agosto de 2021 1:59:41 p. m. - EDAD: 6 años, 0 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 7

CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores externos, Rotadores internos 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 concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia a la valoración final se evidencia:

-Paciente alerta pero con alteración en lenguaje
-Paciente quien permanece la mayor parte del tiempo en posición supina, realiza arrastre para desplazamientos cortos
-No se evidencian contracturas ni deformidades
-Continúan retracciones musculares moderadas para gastro soleos, isquiotibiales, bíceps, palmares de forma bilateral
-No se evidencia edema ni inflamación
-Propiocepción viso manual y visopedica alterada
-Rangos de movilidad articular conservados a la movilización pasiva
- Paciente quien no presenta control cefálico en sedente corto
- Alteración de equilibrio estático en posición sedente corto

se recomienda control con médico tratante y continuar con fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G803-PARALISIS CEREBRAL DISCINETICA 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

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Brayan Staven camacho **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1029753745

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
17/08/21	12:00 pm	Paciente quien inicia ciclo de terapias físicas, a la valoración inicial se evidencia: Paciente quien se encuentra alerta, se evidencia alteración en lenguaje, paciente con leve control cefálico, realiza bolados y arrastre, se evidencia alteración en equilibrio estático, no se evidencian contracturas ni deformidades, no se evidencia malformaciones, hongos de molestia muestra asociados a la malformación pasivos, paciente quien no realiza gateo ni marcha de forma independiente, se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029562
18/08/21	12:00 pm	se realizan ejercicios de movilidad pasivos en mmss y mmii de forma bilateral, descargas de peso y aproximaciones articulares, ejercicios de control cefálico en balón de bobath, se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029562
19/08/21	12:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa, diagonales de kabat, ejercicios de bobath sobre balón terapéutico, descargas de peso y aproximaciones articulares, se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029562
20/08/21	12:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa pasiva en mmss y mmii, disociación de cintura, adopción del gateo, descargas de peso, ejercicios de agarre, se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029562
21/08/21	12:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad en mmss y mmii de forma pasiva, descargas de peso y aproximaciones articulares, diagonales de kabat, adopción del gateo, y cambios laterales, se realizan cambios de posición, se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029562
23/08/21	12:00 pm	se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii de forma bilateral y de forma pasiva, descargas de peso y aproximaciones articulares, cambios de decúbito, diagonales de kabat en mmss se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029562
24/08/21	12:00 pm	paciente realiza valoración de sesiones de fisioterapia, a la valoración inicial se evidencia: mejoría lentamente control cefálico, no se evidencia contracturas ni malformaciones, mejoría movilidad activa en mmss y mmii, se evidencia alteración generalizada, paciente quien no realiza gateo de forma independiente, paciente alcanza peso con atención en concentración, se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Rm: 029562

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1029153145 Fecha de Ingreso: 12/08/24
Apellidos Camacho Gonzales Nombres Brayan Steven
Documento de identidad: Tipo: TC Numero: 1029153145 Sexo: F ___ M x
Fecha de nacimiento: Día: 20 Mes: 08 Año: 2015 Estado civil: Soltero
Municipio: Funza Barrio: Bellisca Dirección: Cra 6 #17A-24
teléfono fijo: N.R Móvil: 3132794227 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: N.R
EPS: Salud total Contributivo: ___ Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Parálisis Cerebral discinetica CIE10 G803 Nº terapias 7
Acompañante: Mayerly Gonzalez Parentesco: mamá Teléfono ___

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: Nacimiento

Clínica de atención primaria: San José centro

Exámenes diagnósticos realizados: Resonancias, genética

Atención de médicos especialistas: ___

Tratamientos realizados: N.R

Recomendaciones: N.R

Resumen: " Yo tenia 11 meses el no gateo, no se sentaba por hipoxia "

ANTECEDENTES:

Patológicos: Dispepsia de cardias Traumáticos: NO
Toxico - alérgicos: Ibu; tomate Quirúrgicos: NO
Infecciosos: NO Farmacológicos:
Melatonina

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:
N.R
Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: —

Sensibilidad profunda: —

Espasmo: — Edema: — Inflamación: —

51

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

Retracciones Musculares: NO

Atrofias musculares: Generalizada

Tono: Hipotónico

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: alteradas

Nivel de conciencia: alterado

Memoria: alterada

Lenguaje: alterado

PRAXIAS

- Constructiva: no
- Marcha: no
- Vestirse: no
- Buco – linguo – facial: no
- Escritura: no

Movimientos involuntarios patológicos:

no presenta

GNOSIAS	
Simples	Gustativas ✓
	Visuales ✓
	Olfativas ✓
	Auditivas ✓
Complejas	Viscoespaciales no
	Esquema corporal no

Movilidad articular:

no se evidencian limitaciones en movilidad articular

Coordinación: Alterada

Equilibrio: Alterado

Postura o actitud postural: Supino - Prono

Otros sistemas: Para

Observaciones:

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio Osteomuscular y neuromuscular en desempeño motor, marcha, praxia motora que lo limitan a ejecutar actividades de la vida diaria.

Firma terapeuta: Sindy Bermúdez Registro: 027562

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.

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)

- ☐ Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutanea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- ☒ Movilidad articular.
- ☒ Ejercicios activos
- ☒ Fortalecimiento
- ☒ Estiramientos
- ☐ Pliométricos (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 en porcentaje) 30% 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: 12/08/21 Hora 12:00pm N° de terapias: 7 Diagnostico: Parisis ocular

Yo Viviana Gonzalez Pinto con documento de identidad: 1077920808 como (parentesco con el paciente) mama en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Brayan Zhen Gonzalez con documento de identidad (del paciente) 1029153145 Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

Viviana Gonzalez

Firma del paciente

Cc 1077920808

Sindy Fernández

Firma de la terapeuta

Cc. 1073576377 Registro 029562

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

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

Fecha 17/08/22 hora 2:00pm N° de terapias 7

Nombre: Brayan Steven camacho Cedula: 1029153745

✓ **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 Viviana Gonzalez Pinzon con N° de cedula 1077920808

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.

Viviana Gonzalez Pinzon

Firma del paciente o responsable

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: 22/08/24

Firma: Viviana Gonzalez

Nombre: _____

Número de identificación: 1077920805

	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 Viviana Gonzalez Pinzon identificado con cc 1077920808 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: Brayan Stiven camacho IDENTIFICACION 7029753145

FIRMA Viviana Gonzalez Pinzon

FECHA: 17/08/21 HORA: 12:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR_____ ARL_____

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Brayan steven Camacho **IDENTIFICACION** 1029755745

FECHA: 22/08/21 **HORA:** 12:00pm **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Viviana Gonzalez Dimate
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Viviana Gonzalez Dimate
POLITICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Viviana Gonzalez Dimate
PLAN CASERO	Viviana Gonzalez Dimate
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Viviana Gonzalez Dimate

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 27/08/21 HORA: 12:00pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Brayan steven camacho Cédula: 1029453245

DIAGNOSTICO: Parálisis cerebral discinética

DIRECCIÓN: cra 6 # 7A-21

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: Shirly Fernández Cedula: 1073516337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Viviana Gonzalez pinate Cedula: 1077920808

Parentesco del paciente: mama Firma:

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0 SI Puntaje 25	10
Diagnostico secundario	NO Puntaje 0 SI Puntaje 15	0
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermeria • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0 Puntaje 15 Puntaje 30	0
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	0
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	15
	TOTAL	15