

ELABORADO:
COORDINACIÓN: MAYO 2018
REVISADO Y APROBADO:
GERENCIA MAYO 2018

PIASA DE RUTA MARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: JOSE NICOMEDES CARRILLO AVILA

DIRECCIÓN: C11 12-H 17-85

TELEPHONE 310-7989683

[illegible]

Jose Nicomedes Carrillo Avila C.C 1073247516



Lugar y fecha de emisión: FUNZA, sábado, 21 de agosto de 2021 10:56:04

HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPIA No. 1.073.247.516

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos: JOSÉ NICOMEDES CARRILLO ÁVILA
Identificación: CC 1.073.247.516 Edad: 24 años, 6 meses y 5 días
Nacimiento: FUNZA (CUNDINAMARCA) domingo, 16 de febrero de 1997
Residencia: FUNZA Dirección: CALLE 12N 17-85 Teléfono: 310789683
Ocupación: HOGAR
Responsable: - Parentesco: - Teléfono: -
Acompañante: OOOO Parentesco: OOOO Teléfono: OOOO
Entidad: ALCALDÍA EPS: EPS037 - NUEVA EPS Tipo afiliación: PARTICULAR
Estado civil: CASADO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)

Género: Masculino

FECHA CONSULTA: miércoles, 11 de agosto de 2021 10:17:26 a. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 5 días

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRÚRGICOS: gastrostomía
TRAUMÁTICOS: No refiere
TOXICO ALÉRGICOS: No refiere -
FARMACOLÓGICOS: fenobarbital, vitamina c, berudual 8 gotas, livetiricitan, milanta
PATOLÓGICOS: microcefalia, Displasia de cadera, hemorroides, vejiga neurogenica

MOTIVO DE CONSULTA: paciente de 24 años con desacomodamiento físico, alerta ante estímulos auditivos, refiere madre paciente presentar dolor a los cambios de postura

DIAGNOSTICO MEDICO: paciente de 24 años con diagnóstico médico de parálisis cerebral severa

OBSERVACIÓN GENERAL: paciente de 24 años de edad, Presenta espasticidad con ashworth de 4, se evidencia patrón flexor en cuatro extremidades, presenta gastrostomía, presenta cuadros convulsivos diarios no realiza patrón de marcha arcos de movilidad disminuidos en cuatro extremidades, retracciones musculares severas de músculos psoas iliaco, isquiotibiales, aductores de cadera, tibial anterior, peroneo largo, dorsal ancho, pectoral mayor, bíceps braquial, palmar mayor, cubital anterior, escalenos, trapecio fibras superiores; Fuerza muscular generalizada de 1/5 según Daniels para cuatro extremidades; No presenta inflamación ni edema; Postura: presenta escoliosis severa en "C" con predominio lumbar

ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso

DOLOR: Manifiesta SI

Localización: refiere la madre columna Intensidad: 9/10 EAV Frecuencia: cambios postura

ESFERA MENTAL SUPERIOR

ORIENTACIÓN 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: NO VERBAL Lateralidad:

SISTEMA SENSITIVO:

SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: ALTERADA Dolor: ALTERADA Temperatura: CONSERVADA

SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: ALTERADA Propiocepción: ALTERADA

SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: ALTERADA Esterognosia: ALTERADA Topognosia: ALTERADA Grafestesia: ALTERADA Discriminación 2 puntos: ALTERADA

SISTEMA MOTOR

Tono: hipertonia Observación: No presenta variación Palpación: presenta variación Movimiento: alterado

CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: manos y cuello de pie

VALORACIÓN FUNCIONAL

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

IZQUIERDO Cabeza: MALO Hombro: MALO Codo: MALO Muñeca: MALO Cadera: MALO Rodilla: MALO Cuello de pie: MALO

ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECÚBITO)

Supino a prono: NO ADOPTA Prons a supino: NO ADOPTA Sedente a cuadrúpedo: NO ADOPTA Cuadrúpedo a rodillas: NO ADOPTA Rodillas a bípedo: NO ADOPTA

ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA

MOVIMIENTOS ANDRMALES: Temblor: SI Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO

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

COORDINACIÓN Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): MALA

EQUILIBRIO DINÁMICO: MALO

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

EQUILIBRIO ESTÁTICO LATERAL 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 Balance de brazos: no Realiza

SISTEMAS COMPLEMENTARIOS: PIEL

PROPIEDADES TRÓFICAS

Coloración: CONSERVADA Sudoración: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA

PROPIEDADES MECÁNICAS

Elasticidad: CONSERVADA Extensibilidad: CONSERVADA Movilidad: CONSERVADA

Cicatriz: miembros inferiores Escaras: No Sistema urinario: vejiga neurogénica Sistema digestivo: gastrostomía

Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente de género masculino de 24 años de edad, presenta alteración del dominio neuromuscular y osteomuscular con deficiencia en las categorías de ROM, fuerza, flexibilidad, ideación, planeación y ejecución de movimientos que le restringe para realizar actividades de la vida diaria en su rol familiar.

Pronóstico fisioterapéutico: Reservado

DIAGNÓSTICOS

Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA

Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 1

CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas

TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA

Masaje: 7 MIN

TÉCNICAS: BOBATH

OTROS PROCEDIMIENTOS: evaluación inicial

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): se entrega y explica plan casero

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI

Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: jueves, 12 de agosto de 2021 10:40:50 a. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 5 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

Masaje: 12-15 MIN

ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Mano: Desviación cubital, Desviación radial, Flexores, Extensores

ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Cuello/pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever

TÉCNICAS: FNP

OTROS PROCEDIMIENTOS: movilizaciones pasivas, cambios de postura, adopción de sedente con ayuda

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Activos 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, 13 de agosto de 2021 10:42:27 a. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 5 días

EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA

Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 3

CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas

TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA

Masaje: 12-15 MIN

TÉCNICAS: FNP

OTROS PROCEDIMIENTOS: movilizaciones pasivas céfalo caudal, cambios de postura, rotación de tronco inferior

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Activos asistidos 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: sábado, 14 de agosto de 2021 10:44:15 a. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 5 días

EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA

Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 4

CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas

TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA

Masaje: 12-15 MIN

ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Hombro: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores

ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever

TÉCNICAS: FNP

OTROS PROCEDIMIENTOS: cambios de postura, adopción de sedente con ayuda

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Activos asistidos 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: domingo, 15 de agosto de 2021 10:47:25 a. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 5 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: 12-15 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: rotación de tronco inferior, ejercicios amilanares, cambios de postura

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, 16 de agosto de 2021 10:50:56 a. m. - EDAD: 24 años, 6 meses y 5 días

EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA

Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 6

CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas

TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA

Masaje: 12-15 MIN

ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Hombro: Flexores, Extensores Codo: Flexores, Extensores

ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever

TÉCNICAS: FNP

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

OTROS PROCEDIMIENTOS: movilizaciones pasivas, cambios de postura, estímulos con objetos sonoros, adopción de sedente

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Activos asistidos, Higiene postural

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que finaliza 6 sesiones de fisioterapia a la valoración final se encontró:

- paciente se encuentra alerta.
- Paciente realiza seguimiento visual ante estímulo auditivo
- Patrón flexor en cuatro extremidades.
- Es dependiente para AVD
- Fuerza muscular se mantiene en 1/5 según Daniels par a músculos flexo-extensores, aductores y abductores de cuatro extremidades.
- No presenta inflamación ni edema.
- Sensibilidad superficial conservada.
- Postura: mantiene escoliosis severa en "C" con predominio lumbar.
- Atrofia muscular generalizada en cuatro extremidades.

Se recomienda realizar cambios de postura cada 2 horas

Realizar ejercicios de plan casero

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

IPS HUMANA - VITAL S.A.S
Especialistas en terapias
Nit. 900 217.648-1
Mónica



NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Lino Medes Carrillo DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.073249516

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
11-08-2021	8:30	Encuentro paciente en decubito dorsal en compañía de madre, se realiza valoración inicial, paciente con oxígeno nocturno se evidencia marcadas relajaciones musculares en muñecas, rodillas, cuello de AE, paciente con escoliosis severa, Arco de movilidad, malos fuerza muscular mala, no realiza cambios de postura, no patron marcha, alimentación por gastrostomía, se trabaja movilización pasiva cefalo-caudal. Finaliza sin complicación
12-08-2021	8:30	Encuentro paciente estable en decubito dorsal, se realiza masaje manual en miembros superiores e inferiores, se trabaja movilización pasiva, estiramientos mantenidos en miembros inferiores, refiere madre paciente sentir dolor ante actividad, se adopta sedente con ayuda, paciente sin estabilidad se mantiene por 10 minutos donde con ayuda de madre se trabaja movilidad cabeza y cuello finaliza sin complicación queda paciente decubito dorsal
13-08-2021	8:30	Encuentro paciente estable en decubito dorsal, se trabaja masaje manual cefalo-caudal, se realiza movilización pasiva cefalo-caudal, se trabaja cambios de postura, rotación de tronco inferior, ejercicios uniplanares, paciente alerta, se adopta sedente con ayuda donde trabaja con ayuda movilidad en cabeza y cuello. Finaliza sesión sin complicación queda paciente en decubito dorsal
14-08-2021	8:30	Encuentro paciente en decubito dorsal, se recomienda colocar cojines en prominencias óseas para prevenir úlceras por presión, se inicia sesión con masaje manual en miembros inferiores, se realiza movilización pasiva, rotación de tronco inferior y cambios de postura, se trabaja en miembros superiores estiramientos mantenidos, paciente ansioso opta por mordet 2 dedo mano izquierda la cual le es garrado cayo. Finaliza sesión sin complicación
15-08-2021	8:30	Encuentro paciente en sedente en silla de ruedas es trasladado a cama donde se trabaja masaje manual en miembros superiores e inferiores, se trabaja estiramientos mantenidos a tolerancia, se realiza TEP en miembros superiores, se adopta sedente con ayuda donde se trabaja movilización en cabeza y cuello. Finaliza sesión sin complicación queda paciente en sedente en silla de ruedas inmovilizado
16-08-2021	10:00	Encuentro paciente en decubito dorsal, se realiza masaje manual en miembros inferiores y superiores, se realiza movilización pasiva en miembros inferiores, se trabaja cambios de postura, se adopta sedente con ayuda donde se trabaja movilidad articular en cabeza y

NOMBRE DEL PACIENTE:

Jose micomades Carillo

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073 247 516

[illegible]

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLÓGICA

Historia N°: 1.073 247 SIC Fecha de ingreso: 11-08-2021
 Apellidos: Carrillo Avila Nombres: Jose McComedee
 Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 1.073 247 SIC Sexo: F M X
 Fecha de nacimiento: Día: 16 Mes: 02 Año: 1997 Estado civil: Soltero
 Municipio: Funza Barrio: El Palmar Dirección: Cl 12 # 17-85
 Teléfono fijo: — Móvil: 3107989683 Correo electrónico: —
 Empresa: — Ocupación: —
 EPS: Compensar Contributivo: — Subsidiado: X
 Diagnóstico: Parálisis cerebral Severa AClE10: — N° terapias: 6
 Acompañante: Madre Parentesco: Marido Teléfono: 3127989683
 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 encefalopatía isquémica hipoxia

Clinica de atención primaria: —

Exámenes diagnósticos realizados: Uregra

Atención de médicos especialistas: medicina general, gastroenterología, urología, neurología

Tratamientos realizados: Terapia Física

Recomendaciones: Terapia Física

Resumen: Paciente con escoliosis G, Apneas, Oxígeno
litro no orden 24 horas, pie plano
Arritmia

ANTECEDENTES: microcefalia, diflexia cadera
reflujo, hemorroides

Patológicos: uregra neurogénica Traumáticos: uregra
 Tóxico - alérgicos: uregra Quirúrgicos: gastrostomía, cateterismo
 Infecciosos: uregra Farmacológicos: —
Livetostan, fenobarbital, peg, vitamina C, milanta, Berudua

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: por hemorroides, dolor por gesticulación
 Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: conservada

Sensibilidad profunda: —

Espasmo: no presenta Edema: no presenta Inflamación: no presenta

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

Retracciones Musculares: Palmar mayor, isquiotibiales, peroneos
 Atrofias musculares: Palmar, flexores, extensores mano, Tibiales peroneos
 Tono: Hipertonico

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo _ Pie sobre el plano _ Postura intermedia _ Impulso _
 Fase de balanceo: Aceleración _ Oscilación _ Desaceleración _

Aditamentos para la marcha: Alterado
 Esferas mentales superiores: Alterado conciencia:
 Nivel de

Memoria: Alterado
 Lenguaje: Alterado

PRAXIAS
 • Constructiva Alterado
 • Marcha Alterado
 • Vestirse Alterado
 • Buco - lingua - facial Alterado
 • Escritura Alterado

Movi
 mient
 os
 involu
 ntario

GNOSIAS
 Simples
 • Gustativas Alterado
 • Visuales conservado
 • Olfativas conservado
 • Auditivas conservado
 Complejas
 • Visoespaciales Alterado
 • Esquema corporal Alterado

• patológicos:

Ataxico

Movilidad articular: Alterado. No realiza cambios de
Postura

Coordinación: Alterado

Equilibrio: Alterado

Postura o actitud postural: escoliosis

Otros sistemas: osteomuscular, trinario

Observaciones:
Paciente que es valorado para atención
de su patología

Diagnostico Fisioterapéutico: dominio neuromuscular Alteración en
categorías motricidad, ROM, Fuerza, resistencia, control
motor limitación severa AUD

Firma terapeuta: Monica J. Fajardo Registro: 04773

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 realizará 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 omitir.
- ☒ Movilidad articular.
- ☒ Ejercicios activos
- ☒ Fortalecimiento
- ☒ Estiramientos
- ☐ Pilométricos (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) 60% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar o 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 edad.
- ✓ 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: 11-08-2021 Hora: 07:30 N° de terapias: 6 Diagnóstico: parálisis cerebral

Yo Mariela Ariza con documento de identidad: 39748606 como (parentesco con el paciente) madre en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) comendador Carillo 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.

Firma del paciente

cc Mariela Ariza
39748606

Monica J. Fajardo

Firma de la terapeuta

cc: 101.76.011 Registro 04773



Calle 11 N° 10-79 Funza (Centro) Tel 8263636 e-mail: humanavital.s.a.s@hotmail.com
pagina web www.humanavital.com

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

Fecha 11-08-2021 hora 8:30 N° de terapias 6

Nombre: Jose mcamedes carrillo Cedula: 1073247516

- ✓ 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 Harisel Avila con N° de cedula 39748606

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.

Harisel Avila

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: 11-08-2021

Firma: Harrisul Avela

Nombre: Harrisul Avela

Número de Identificación: 39348606

PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DEPENDIARIOS		
VERSION: 01	CODIGO: MV B 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2019

AUTORIZACIÓN

Yo Harisot Avila identificado con cc. 39748626 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: Moisés Carillo IDENTIFICACION 107324956

FIRMA X Harisot Avila

FECHA: 11/02/2021 HORA: 8:30 ALCALDIA X PARTICULAR ARL

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Monica J. Fajardo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Uicomedeo Carrillo IDENTIFICACION: 1.073.247.516

FECHA: 11-02-2021 HORA: 8:30 ALCALDIA X PARTICULAR ARL

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	<u>Hansol Avila</u>
CONSENTIMIENTO INFORMADO	<u>Hansol Avila</u>
POLITICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	<u>Hansol Avila</u>
PLAN CASERO	<u>Hansol Avila</u>
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	<u>Hansol Avila</u>

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 11-08-2021

HORA: 8:30

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Ncomades Carrillo Cédula: 1073247316

DIAGNOSTICO: Parálisis cerebral severa

DIRECCIÓN: Cl 12 # 17-85

El domicilio cuenta:

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

OBSERVACIONES:

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

Si su respuesta es NO describa por qué:

Datos del evaluador:

NOMBRE: Monica J. Fajardo Cédula: 1.101.176.041

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Flarisol Avila Cédula: Flarisol Avila

Parentesco del paciente: Madre Firma: Flarisol Avila

Dirección: Calle 11 N° 10ª - 79 Funza (Cundinamarca) Tel 8263836

Déjame tu feedback en humanavital.com o al correo humanavital@humanavital.com

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	15
	SI Puntaje 15	
Ayuda para deambular: <ul style="list-style-type: none"> • Reposo en cama/ asistencia de enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles. 	Puntaje 0	0
	Puntaje 15	
	Puntaje 30	
Via Venosa	NO Puntaje 0	20
	SI Puntaje 20	
Marcha: <ul style="list-style-type: none"> • Normal/en reposo/en cama • Débil • Alterada requiere asistencia 	Puntaje 0	20
	Puntaje 10	
	Puntaje 20	
Conciencia-estado mental: <ul style="list-style-type: none"> • Consciente de sus capacidades y limitaciones • No consciente de sus limitaciones 	Puntaje 0	15
	Puntaje 15	
TOTAL		

Dirección: calle 11 N°102-79 Funza (Centro) Tel; 8263636 e-mail; humanavital.s.a.s@hotmail.com
Página Web; www.humanavital.com