	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

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Juan Camilo Manrique Mesa

DIRECCIÓN: Cll 17 #2-95 El Hato **TELÉFONO:** 8233053

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
7/08/21	8:00 Am	Luz Mauna Mesa
9/08/21	1:00 pm	Luz Mauna Mesa
10/08/21	2:00 pm	Luz Mauna Mesa
11/08/21	2:00 pm	Luz Mauna Mesa
12/08/21	2:00 pm	Luz Mauna Mesa
13/08/21	2:00 pm	Luz Mauna Mesa
14/08/21	2:00 pm	Luz Mauna Mesa

JUAN CAMILO MANRIQUE MESA

CC: 1073513363

73



Lugar y fecha de emisión: FUNZA, miércoles, 18 de agosto de 2021 20:22:43

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.073.513.363

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JUAN CAMILO MANRRIQUE MESA
Identificación	CC 1.073.513.363 Edad: 28 años, 0 meses y 11 días
Nacimiento	BOGOTA (CUNDINAMARCA) sábado, 07 de agosto de 1993
Residencia	FUNZA Dirección: CLL 17 N 2 95 Teléfono: 8233053
Ocupación	NO REFIERE
Responsable	LUZ MESA Parentesco: MAMA Teléfono: 8233053
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: 0006 - ECOOPSOS Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: sábado, 7 de agosto de 2021 8:25:04 p. m. - EDAD: 28 años, 0 meses y 8 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: No refiere
PATOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitido por alcaldía, madre refiere " Se me acabo el líquido amniótico y tuvieron que sacar al bebe 8 días antes"
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnóstico médico de parálisis cerebral, con un tiempo de evolución de 28 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en compañía de cuidadora, realiza marcha Independiente, pero con asistencia de otra persona, se evidencia alteración visual y alteración en comunicación
ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: ALTERADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: ALTERADA Táctil: ALTERADA Auditiva: CONSERVADA 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: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: REGULAR Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
IZQUIERDO Cabeza: REGULAR Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)
Supino a prono: NO ADOPTA Prono a supino: NO ADOPTA 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: NO Marcha: SI
COORDINACION: Fina (visomanual): MALA Gruesa (visopedica): MALA
EQUILIBRIO DINAMICO: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bipedo: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bipedo: MALO
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: 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: Normal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnóstico médico de parálisis cerebral, presenta alteración en el dominio neuromuscular en las categorías de función motora, alerta, atención y cognición
lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 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, primera sesión y firma de consentimiento informado
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: lunes, 9 de agosto de 2021 8:34:39 p. m. - EDAD: 28 años, 0 meses y 8 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
TECNICAS: BOBATH, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, 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: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 10 de agosto de 2021 8:35:08 p. m. - EDAD: 28 años, 0 meses y 8 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Abductores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
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, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS

Principal: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 11 de agosto de 2021 8:38:58 p. m. - EDAD: 28 años, 0 meses y 8 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de Ingreso: 14 Hora de salida: 15 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, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de 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: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 12 de agosto de 2021 8:46:46 p. m. - EDAD: 28 años, 0 meses y 8 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
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Extensores, Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
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: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 13 de agosto de 2021 8:47:29 p. m. - EDAD: 28 años, 0 meses y 8 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de Ingreso: 14 Hora de salida: 15 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: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 14 de agosto de 2021 8:14:07 p. m. - EDAD: 28 años, 0 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de Ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

735

Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores

ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Cadera: Flexores, Extensores, Aductores, Abductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever

TECNICAS: BOBATH, FNP

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Pasivos, Ejercicios Isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Agarres, Prensas

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

-Paciente con alteración en esferas mentales superiores
-Alteración visual y comunicativa
-Presenta atrofia muscular generalizada
-Rangos de movilidad conservados a la movilización pasiva y activa en miembros superiores e inferiores
-Paciente quien realiza marcha con supervisión y asistencia permanente de segunda persona
-Mejoro equilibrio estático en sedente corto
-No se evidencia edema ni inflamación
-Continúan retracciones moderadas en isquiotibiales, cuádriceps y gastro sóleos
-Continua alteración en equilibrio dinámico
-No se evidencian contracturas ni deformidades

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: G809-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION 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: Juan camilo Marulanda Mesa **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 707351363

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
7/08/24	8:00 Am	Paciente quien inicia ciclo de terapia física, a la valoración se evidencia alteración en esferas mentales superiores, alteración de lenguaje, con alteración visual, no realiza marcha de forma independiente toma marcha con asistencia, presenta movimientos involuntarios en manos de forma bilateral. se evidencia alteración en equilibrio dinámico y propiocepción visomanual, movimientos conservados a nivel muscular pasivo, se realizan sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. tm: 029562
9/08/24	1:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular, diagonales de kabbat, descargas de peso y aproximaciones articulares, se realizan trabajos de agarres, se realizan sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández tm: 029562
20/08/24	2:00 pm	se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii de forma activa-pasiva, diagonales de kabbat, estiramientos musculares, descargas de peso, fortalecimiento muscular con balón, se realizan sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. tm: 029562
21/08/24	2:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii - diagonales de kabbat, ejercicios de equilibrio durante el patrón de marcha con asistencia, se realizan sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández tm: 029562.
22/08/24	2:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii de forma pasiva, descargas de peso y aproximaciones articulares, diagonales de kabbat en mmss, se realiza fortalecimiento isométrico con balón, se realizan sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández tm: 029562
23/08/24	2:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii de forma pasiva, diagonales de kabbat, fortalecimiento muscular isométrico con balón, descargas de peso, se realizan sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. tm: 029562
24/08/24	2:00 pm	Paciente asistente cita de sesiones de fisioterapia, a la valoración inicial se evidencia: paciente con alteración en esferas mentales, alteración en lenguaje y vista, no se evidencian contracturas ni edemas, rangos de movilidad conservados en mmss y mmii, retracciones musculares moderadas en gastrosoleos, isquiotibiales y aductores, paciente realiza marcha pero con asistencia y supervisión constante, se realiza sin complicaciones. fisioterapeuta: Sindy Fernández. tm: 029562

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1073513363 Fecha de Ingreso: 7/08/17
Apellidos Manrique mesa Nombres Juan Camilo
Documento de Identidad: Tipo: CC Numero: 1073513363 Sexo: F___ M_X_
Fecha de nacimiento: Día: 7 Mes: Agosto Año: 1993 Estado civil: Soltero
Municipio: Funza Barrio: El Hato Dirección: Cll ## 2-15
teléfono fijo: N.E Móvil: 8233083 Correo electrónico: NR
Empresa: N.E Ocupación: N.E
EPS: Ecopsos Contributivo: ___ Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Parálisis cerebral CIE10 G809 Nº terapias 1
Acompañante: La mama mesa Parentesco: madre Teléfono 8233053

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: De nacimiento

Clínica de atención primaria: clínica el respiro

Exámenes diagnósticos realizados: NO

Atención de médicos especialistas: medicina general

Tratamientos realizados: Cx cataratas en ojo izquierdo

Recomendaciones: —

Resumen: " Se acaba el liquido amniotico y tuvieron que sacarlo 8 días antes".

ANTECEDENTES:

Patológicos: NO Traumáticos: NO
Toxico - alérgicos: NO Quirúrgicos: NO
Infecciosos: NO Farmacológicos:

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: NO Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: —

Sensibilidad profunda: —

Espasmo: NO Edema: NO Inflamación: NO

733

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

Retracciones Musculares: moderadas gastrosoleos, isquiotibiales

Atrofias musculares: Generalizada

Tono: S.P

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

Adiltamentos para la marcha: NO

Esferas mentales superiores:

Nivel de conciencia: alterados

Memoria: NO

Lenguaje: Mamá y Papá

PRAXIAS	
Constructiva	NO
Marcha	con asistencia
Vestirse	NO
Buco – lingual – facial	Si
Escritura	NO

Movimientos involuntarios patológicos:

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

movimientos involuntarios de manos

Movilidad articular:

Conservada a nivel de actividad activo-asistida y pasiva

Coordinación: alterada

Equilibrio: alterada

Postura o actitud postural: sedente como y cifosis

Otros sistemas: Uso de pañal

Observaciones:

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio osteomuscular y neuromuscular en descripción muscular marcha, locomoción y balance, función motora, alteración y cognitivo que lo limita a ejecutar ADP.

Firma terapeuta: Sindy Fernández Registro: 029562

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)

- ☐ 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 e incremento del dolor después del primer día de fisioterapia
- ✓ Dolor e inflamación con cada nuevo ejercicio.

Humana-vital s.a.s y sus profesionales no se hacen responsables de su tratamiento si:

- ✓ Usted no cumple con el número de terapias asignadas por el especialista teniendo en cuenta la continuidad, el tiempo y la actitud.
- ✓ Usted no sigue los consejos de la terapeuta y no realiza los planes caseros dados por el profesional.
- ✓ Acude a alguna persona que no tenga formación profesional en salud, eje; sobanderos, chamanes, rezanderos, etc..

Fecha: 9/08/22 Hora 8:00am N° de terapias: 7 Diagnostico: parálisis cerebral

Yo Luz Marina Mosquera con documento de identidad: 20.549859 como (parentesco con el paciente) Mamá en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Juan Pablo Monroy con documento de identidad (del paciente) 1073513363 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 terapi
Nit. 900.217 648 - 1

Luz Marina Mosquera

Firma del paciente

Cc 20.549859

Sindy Fernandez

Firma de la terapeuta

Cc. 1093516331 Registro 02462

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

Fecha 7/08/21 hora 8:00am N° de terapias 2

Nombre: Juan Camilo Manrique Mesa Cedula: 1023513363

✓ **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 Luz Marina Mesa con N° de cedula 20549859

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.

Luz Marina Mesa

Firma del paciente o responsable

Autorización para el tratamiento de datos personales

Trabajadores de la IPS

74

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: 21/08/22

Firma: Luz Marina Rosa

Nombre:

Número de identificación: 20.549859

742

	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 Luz Marina Mesa identificado con cc 20549859 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: Juan Camilo Manrique IDENTIFICACION 1073573363

FIRMA Luz Marina Mesa.

FECHA: 7/08/21 HORA: 8:00 am ALCALDIA ✓ PARTICULAR _____ ARL _____

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

743

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Juan Camilo Manrique **IDENTIFICACION** 1073573363

FECHA: 7/08/22 **HORA:** 8:00 am **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Luz Mauro Mesa
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Luz Mauro Mesa
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Luz Mauro Mesa
PLAN CASERO	Luz Mauro Mesa
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Luz Mauro Mesa

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 7/08/22 HORA: 8:00 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Camilo Manrique Mesa Cédula: 1073572363

DIAGNOSTICO: Parálisis cerebral

DIRECCIÓN: Calle 11 # 2-45

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: 1073576331

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Luz Marina Mesa Cedula: 20549889

Parentesco del paciente: Mamá Firma: Luz Marina Mesa

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0 SI Puntaje 25	0
Diagnostico secundario	NO Puntaje 0 SI Puntaje 15	0
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermería • 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	0
	TOTAL	0