1068

	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE: ASISTENCIAL		
	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: Jose Adulfo Ordoñez

DIRECCIÓN: Cra 17 A # 16-33 TELÉFONO: 3229185842

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
02/09/21	12:00	FannyORTIZ
04/09/21	11:00	FannyORTIZ
06/09/21	15:00	FannyORTiz
07/09/21	16:00	FannyORTiz
08/09/21	16:00	FannyORTiz
09/09/21	16:00	FannyORTiz
10/09/21	10:00	FannyORTiz

Escaneado con CamScanner

1063

JOSÉ ARNULFO OIDOR

80801091



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, viernes, 10 de septiembre de 2021 15:29:28 **HISTORIA CLÍNICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 80.801.091**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JOSÉ ARNULFO OIDOR SÁNCHEZ
Identificación	CC 80.801.091 Edad: 37 años, 5 meses y 9 días
Nacimiento	ANOLAIMA (CUNDINAMARCA) domingo, 01 de abril de 1984
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 12 # 16-35 Teléfono: 3229185842/3204324857
Ocupación	9998 - NO APLICA
Responsable	FANNY ORTIZ Parentesco: MADRE Teléfono: 3229185842
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDÍA EPS: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: jueves, 2 de septiembre de 2021 12:00:06 p. m. - EDAD: 37 años, 5 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se da continuidad al servicio con actividad de secuenciación, atención y agarre de pinza.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Fortalecimiento de patrones motores
PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Memoria
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se da continuidad al servicio.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909-SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: sábado, 4 de septiembre de 2021 11:00:22 a. m. - EDAD: 37 años, 5 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividades discriminación visual, atención y asociación.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Comprensión de órdenes, Memoria
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909-SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: lunes, 6 de septiembre de 2021 3:00:31 p. m. - EDAD: 37 años, 5 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de domino favoreciendo atención, planeación y asociación.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Memoria, Calculo
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Creatividad
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909-SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: martes, 7 de septiembre de 2021 4:00:40 p. m. - EDAD: 37 años, 5 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 4

Escaneado con CamScanner

CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad con lotería de siluetas trabajando atención, discriminación visual y velocidad ejecución.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Imitación creatividad
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Tiempos de ejecución
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909-SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: miércoles, 8 de septiembre de 2021 4:00:42 p. m. - EDAD: 37 años, 5 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de secuenciación, seguimiento de instrucciones y concentración.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Memoria
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909-SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: jueves, 9 de septiembre de 2021 4:00:49 p. m. - EDAD: 37 años, 5 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad cognitiva con juego de resolución de problemas, memoria y concentración.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Memoria, Calculo
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909-SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: viernes, 10 de septiembre de 2021 10:00:15 a. m. - EDAD: 37 años, 5 meses y 9 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de domino, favoreciendo agilidad mental, reconocimiento y resolución de problemas.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Calculo
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina ciclo de terapias evidenciando mantenimiento en las habilidades con las que inicio el proceso.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q909-SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

IPS HUMANA- VITAL S.A.S
Especialistas en terapias
Nit 900.217.648-1

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Arturo Ordoñez DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80801091

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
02/09/21	12:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19 Se realiza actividad del servicio, se realiza actividad de seguridad, atención y aseo de cama. Se evalúa sus complicaciones" Mª Angelica Fonseca T
04/09/21	11:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19 Se realiza actividad de deambulación vital, atención y aseo cama. Se evalúa sus complicaciones" Mª Angelica Fonseca T
06/09/21	15:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19 Se realiza actividad de deambulación, favorecimiento, atención, planeación y asociación. Se evalúa sus complicaciones" Mª Angelica Fonseca T
07/09/21	16:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19 Se realiza actividad con silla rotatoria, traslado, atención, deambulación vital y velocidad de ejercicio. Se evalúa sus complicaciones" Mª Angelica Fonseca T
08/09/21	16:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de ejercicios, seguimiento de intervenciones y circunferencia. Se evalúa sus complicaciones" Mª Angelica Fonseca T
09/09/21	16:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad respiratoria con riesgo de resolución de problemas, memoria y circunferencia. Se evalúa sus complicaciones" Mª Angelica Fonseca T
10/09/21	10:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de deambulación, favoreciendo actividad vital, seguimiento y resolución de problemas, se realiza aseo de cama, cambio de ropa, cuidados mutuamente en las habilidades con las que inicio el acompañamiento. Se evalúa sus complicaciones" Mª Angelica Fonseca T

Escaneado con CamScanner

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA OCUPACIONAL

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de Terapia ocupacional, 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 deriva 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 Terapia ocupacional consiste en: (a usted se le realizará lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- [x] Movimiento de las diferentes articulaciones
- [ ] Actividades terapéuticas para aumentar fuerza muscular
- [ ] Desarrollo de patrones funcionales (mano-parte del cuerpo)
- [ ] Entrenamiento de patrones integrales (mano-acción motora)
- [x] Manejo de coordinación
- [ ] Control motor y conciencia corporal
- [ ] Manejo de sensibilidad
- [x] Estimulación sensorial
- [ ] Manejo de ritmos de trabajo
- [x] Estimulación cognitiva
- [ ] Otros

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 100% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede:

- Irritación, mareos o alergias
- Fatiga ante la demanda de la actividad
- Presentar dolor en las articulaciones

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 alguna persona que no tenga formación en salud, ej: sobanderos, chamanes, rezanderos, etc.

Fecha 02/09/21 Hora: 12:00 Nº de Terapias: 7 Diagnóstico: Sindrome de Down

Yo Fanny Ortiz con documento de identidad: 20369012 como (parentesco con el Paciente) Madre en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) Jose Danilo Ordoñez con documento de identidad (del paciente) 80801901

Después de leído este documento autorizo al fisioterapeuta de HUMANA VITAL S.A.S a realizar el tratamiento propuesto.

Fannyortiz

Firma paciente

CC. 20369012

Mª Angelica Gonzalez

Firma profesional

CC. 1083518213 RP _____

Escaneado con CamScanner

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: 02/09/21

Firma: Fanny ORTiz

Nombre: Fanny Ortiz

Número de identificación: 7036907

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 02/09/21 hora 12:00 N° de teraplas 7

Nombre: Jose Arnulfo Ordon Cedula: 80801091

✓ **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 Fanny Ortiz con N° de cedula 20369012

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.

Fanny Ortiz

Firma del paciente o responsable

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 MATO 2019

AUTORIZACIÓN

Yo Fanny Ortiz identificado con cc 20369012 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollen.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Jose Arnulfo Ordaz IDENTIFICACION 80801091

FIRMA Fanny Ortiz

FECHA: 02/09/21 HORA: 12:00 ALCALDIA X PARTICULAR ARL

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Mª Angélica Gonzalez T

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Jose Arnulfo Ordoñez IDENTIFICACION 80801091

FECHA: 02/09/21 HORA: 12:00 ALCALDIA X PARTICULAR ____ ARL ____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Fanny ORTiz
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Fanny ORTiz
POLITICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Fanny ORTiz
PLAN CASERO	Fanny ORTiz
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Fanny ORTiz

Escaneado con CamScanner