	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSIÓN: 01	CÓDIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACIÓN: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MAYO 2019

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana leonor ortiz

DIRECCIÓN: Cra 64 #10-40 Interior 3 **TELÉFONO:** 3123787762

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
20 log/19	10:00 Am	Ana
21 log/19	10:00 Am	Ana
22 log/19	10:00 Am	Ana
23 log/19	10:00 am	Ana
24 log/19	11:00 Am	Ana
25 log/19	10:00 am	Ana
27 log/19	12:00 pm	Ana
28 log/19	11:00 Am	Ana

1362

ANA LEONOR ORTIZ

CC: 20930750



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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, jueves, 30 de septiembre de 2021 21:07:48 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 20.930.750**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ANA LEONOR ORTIZ
Identificación	CC 20.930.750 Edad: 70 años, 5 meses y 15 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) domingo, 15 de abril de 1951
Residencia	SERREZUELITA Dirección: CRA 6A # 10-40 Teléfono: 8234131
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	. Parentesco: . Teléfono: .....
Acompañante	0 Parentesco: Teléfono:
Entidad	HUMANA EPS: EPS008 - COMPESAR EPS Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: lunes, 20 de septiembre de 2021 8:50:05 p. m. - EDAD: 70 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Inver y ever, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria por continuidad a la valoración inicial se evidencia:

- Paciente refiere dolor en miembro superior e inferior derecho y articulación de cadera con calificación de 7/10 según EVA
- Se evidencian retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, gastro soleos y cuádriceps de forma bilateral
- Desempeño muscular a 3-/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores e inferiores
- Rangos de movilidad para CADERA -> FLEXION: derecho: 100º FLEXION: izquierdo: 100º EXTENSION: derecho: 15º EXTENSION: izquierdo: 15º Abd: derecho: 40º Abd: izquierdo: 40º

RODILLA -> FLEXION: derecho: 130º FLEXION: izquierdo: 130º EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: 0º EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: 0º
- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración
- Se evidencia alteración en equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
- Se evidencian espasmos musculares moderados en trapecios superiores

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 21 de septiembre de 2021 8:55:49 p. m. - EDAD: 70 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
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: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 22 de septiembre de 2021 8:57:26 p. m. - EDAD: 70 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Extensores, Aductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: fortalecimiento muscular con banda elastica amarilla
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 23 de septiembre de 2021 8:58:39 p. m. - EDAD: 70 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales. Se realizan estiramientos generales de tronco y tren superior. Se realiza trabajo con patrones diafragmáticos Manejo de 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: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 24 de septiembre de 2021 8:59:58 p. m. - EDAD: 70 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Extensores, Flexores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
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: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 25 de septiembre de 2021 9:01:05 p. m. - EDAD: 70 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA

Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Inver y ever, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, 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: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: lunes, 27 de septiembre de 2021 9:03:24 p. m. - EDAD: 70 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Extensores, Flexores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, 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: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 28 de septiembre de 2021 9:04:45 p. m. - EDAD: 70 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 8
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, 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, Inver y ever, Inver y ever
TECNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: Movilidad en MMSS y MMII con cicloergometro
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente refiere disminución de dolor en miembro superior e inferior derecho y articulación de cadera con calificación de 7/10 según EVA
- Continúan retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, gastro soleos y cuádriceps de forma bilateral
- Aumento desempeño muscular a 3-/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores e inferiores

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

- Rangos de movilidad aumentaron para CADERA -> FLEXION: derecho: 100º FLEXION: izquierdo: 100º EXTENSION: derecho: 15º EXTENSION: izquierdo: 15º Abd: derecho: 40º Abd: Izquierdo: 40º
RODILLA -> FLEXION: derecho: 130º FLEXION: izquierdo: 130º EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: 0º EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: 0º
- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración
- Mejoro equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
- Mejoro propiocepción viso manual y visopedica

Se recomienda control con médico tratante, realizar los ejercicios en casa y continuar con Fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

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

FT: sindy fernández
RM: 029562

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana leonor ortiz DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 20930780

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
20/09/21	10:00 Am	Se inicia cito de Seguimiento de Enfermería domiciliaria, a la valoración inicial se evidencia: paciente refiere dolor en articulación de rodilla izquierda, y inflación de hombros con calificación de 8ho según EVA, paciente obesa dependiente con cánula nasal, ubicada en cama Dinámica, lesiones maculares rojas en genitales, cuadrantes disponibles de 2/5 según escala de norton en mmss y mmii, paciente hace uso de bastón para desplazamiento dentro de su hogar. Ft: Sindy Fernández. Rm: 029562
21/09/21	10:00 Am	Se realizan curios de maldad anular derecha mmss y mmii, diagonales de labbat, paciente Bañado en balón, higiene parcial y genitales mujer. Ft: Sindy Fernández. Rm: 029562
21/09/21	10:00 Am	Se realizan curios de maldad en pie izquierdo o mmii, diagonales de labbat, evaluando mujer con bindy edema rojo, se mujer sin complicaciones. Ft: Sindy Fernández. Rm: 029562
22/09/21	10:00 Am	Se realizan curios de maldad anular derecha en mmss y mmii, descargas de peso, tratamiento mujer con bindy edema, se realiza sin complicaciones. Ft: Sindy Fernández. Rm: 029562
24/09/21	11:00 AM	Se realizan curios de maldad anular derecha en mmss y mmii, higiene parcial, diagonales de labbat, curios de orejas y ojos. Ft: Sindy Fernández. Rm: 029562
25/09/21	10:00 Am	Se realizan curios de maldad anular en mmss y mmii, talonamiento muscular en mmii, Bañado con balón, descargas de peso. Se realiza masaje en zona de trocánter. Ft: Sindy Fernández. Rm: 029562
27/09/21	12:00 pm	Se realizan curios de maldad anular en mmss y mmii de forma asepsia, curios de talonamiento Bañado con balón, descargas de peso, curios en mmss y mmii con acolchonamiento, fisioterapia en Hogar cercal, se evalúa sin complicaciones. Ft: Sindy Fernández. Rm: 029562
28/09/21	11:00 Am	Paciente analiza cito de seguimiento de enfermería a la valoración inicial paciente refiere dolor de 5ho en región cervical, curios de maldad se realizan según calificación inicial, cuenta descanso muscular a 2/5 en mmss y mmii, paciente hace uso de bastón y silla de ruedas para traslados y desplazamiento. Ft: Sindy Fernández. Rm: 029562

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

Fecha 20/09/21 hora 10:00am N° de terapias 8

Nombre: Ana Leonor Ortiz Cedula: 20930750

✓ **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 Gregorio Ortiz con N° de cedula 80.495248

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco mis **DERECHOS Y DEBERES** que tengo ante la IPS HUMANA VITAL S.A.S con NIT 900217648-1 Desde el primer día en que acudí a la institución y antes de iniciar el tratamiento.

Firma del paciente o responsable

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 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 fisioterapia consiste en: (a usted se le realizará lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- [X] Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), ultrasonido, láser, vibración, calor superficial, crioterapia (frío). En este caso a usted se le va a omitir:

_____

- [X] Movilidad articular
- [X] Ejercicios activos
- [X] Fortalecimiento muscular
- [X] Estiramiento muscular y/o capsular
- [X] Ejercicios pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia:

- [X] Disminución del dolor
- [X] Aumento de arcos de movilidad articular
- [X] Incremento de la fuerza muscular
- [X] Mejorar estabilidad articular
- [ ] Otros:

_____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 30% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede:

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

Fecha: 7/09/22 Hora: 10:00 Nº de Terapias: 8 Diagnóstico: Enfermedad pulmonar

Yo GREGORIO CORTES con documento de Identidad: 80.495.298.

En calidad de paciente después de leído este documento autorizo al fisioterapeuta de HUMANA VITAL S.A.S a realizar el tratamiento propuesto.

Firma paciente

CC. 80495298

Firma profesional

CC. 1073576337 RP 329562

1137

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: 20/09/21

Firma:

Nombre: Cesario Cano

Número de identificación: 80495298

	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MAYO 2019

AUTORIZACIÓN

Yo Gregorio Cruz identificado con cc - 8044598 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: Gregorio Cruz IDENTIFICACION 7693750

FIRMA

FECHA: 20/09/21 HORA: 10:00am ALCALDIA ✓ PARTICULAR ARL

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

1372

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Penagos

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana Leonor Ortiz IDENTIFICACION 20930750

FECHA: 20/09/21 HORA: 10:00am ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

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