1334

	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: Clementina Barrera

DIRECCIÓN: Cra 7A #18-47 Melilo **TELÉFONO:** 3124356959

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
20 log/21	3:00 pm	Fanny Garnica.
21 log/21	3:00 pm	Fanny Garnica
22 log/21	3:00 pm	Fanny Garnica.
23 log/21	3:00 pm	Fanny Garnica.
24 log/21	3:00 pm	Fanny Garnica.
25 log/21	4:00 pm	Fanny Garnica.
27 log/21	2:00 pm	Fanny Garnica.

4

11335

CLEMENTINA BARRERA

CC: 41507803



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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, jueves, 30 de septiembre de 2021 20:31:22 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 41.507.803**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	CLEMENTINA BARRERA DE GARNICA	
Identificación	CC 41.507.803 Edad: 81 años, 6 meses y 0 días	
Nacimiento	PAIPA (BOYACA) sábado, 30 de marzo de 1940	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 7A #18-41 MEXICO Teléfono: 3124556959	
Ocupación	HOGAR	
Responsable	FANY GARNICA Parentesco: HIJA Teléfono: 3124556959	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS017 - EPS FAMISANAR LTDA CAFAM-COLSUBSIDIO Tipo afiliación: SUBSIDIADO	
Estado civil: CASADO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Género: Femenino

FECHA CONSULTA: lunes, 20 de septiembre de 2021 8:04:10 p. m. - EDAD: 81 años, 6 meses y 0 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: Terijios
Túnel del carpo
Hernia umbilical
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Oxicodona
Pregabalina
Losartan
Visacodilo
Acetaminofen
PATOLOGICOS: Osteoporosis
Artrosis
Epoc
Hipertensión arterial

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitida por alcaldía, refiere " Me duele la cadera y la pierna izquierda y se me inflama el tobillo"
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de radiculopatía, con un tiempo de evolución de 10 años

OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales con ayuda externa de bastón y en compañía de familiares
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: cadera y miembros inferiores **Intensidad:** 9/10 según EVA **Frecuencia:** Constante

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
CADERA -> FLEXION: derecho: 80º **FLEXION:** Izquierdo: 80º **EXTENSION:** derecho: 20º **EXTENSION:** Izquierdo: 20º **Abd:** derecho: 30º **Abd:** Izquierdo: 30º
RODILLA -> FLEXION: derecho: 80º **FLEXION:** Izquierdo: 80º **EXTENSION/HIPERTENSION:** derecho: 0º **EXTENSION/HIPERTENSION:** Izquierdo: 0º
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación interna Musculo: Tensor de la fascia lata, Obturador interno, Glúteo menor Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cadera Movimiento: Extensión Musculo: Glúteo mayor Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cadera Movimiento: Abducción Musculo: Sartorio, Glúteo medio Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps crural, Semitendinoso, Semimembranoso Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
RETRACCIONES
Cadera: Psoas iliaco Severo
Rodilla: Bíceps crural Moderado
CONTRACTURAS: Ninguna **DEFORMIDADES:** Ninguna

POSTURA

VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA LATERAL: Cabeza: ANTERIORIZADA Hombros: PROTRUIDOS Lordosis cervical: NORMAL Cifosis dorsal: AUMENTADA Lordosis lumbar: NORMAL Pelvis: NORMAL Abdomen: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas
COORDINACION: Fina (viso manual): BUENA Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR
TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: No Realiza Discriminación de cinturas: No Realiza Balanceo de brazos: RealizaDiagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de radiculopatia, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías de rangos de movilidad articular, desempeño muscular marcha, locomoción y balance, lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
ESCALAS DE DISCAPACIDAD
BARTHEL: 75 INCAPACIDAD FUNCIONAL DEPENDIENTE LEVE
DIAGNÓSTICOS
Principal: M541-RADICULOPATIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores externos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, 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): valoracion 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: martes, 21 de septiembre de 2021 8:17:27 p. m. - EDAD: 81 años, 6 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 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 Mano: Flexores, Extensores
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, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M541-RADICULOPATIA 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 8:18:08 p. m. - EDAD: 81 años, 6 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA

Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapeticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, 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 equilibrio, 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: M541-RADICULOPATIA 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 8:20:43 p. m. - EDAD: 81 años, 6 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
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, Rotadores internos 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 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: M541-RADICULOPATIA 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 8:21:02 p. m. - EDAD: 81 años, 6 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien ingresa en óptimas condiciones generales, se realiza terapia sedativa (termoterapia, masoterapia) se realiza balonterapia y estiramientos en tren superior e inferior. Se realiza trabajo propioceptivo. Se realiza Higiene postural. Paciente sale 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: M541-RADICULOPATIA 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 8:23:26 p. m. - EDAD: 81 años, 6 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 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, Extensores, 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 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: M541-RADICULOPATIA 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 8:24:44 p. m. - EDAD: 81 años, 6 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, 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, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

- Paciente refiere que se mantiene dolor en articulación de cadera y miembros inferiores con calificación de 8/10 según EVA de forma constante, el cual se exacerba al realizar patron de marcha
- Rangos de movilidad conservados para miembros superiores y para articulación de cadera se mantienen según calificación inicial cadera -> flexión: derecho: 90º flexión: izquierdo: 90º extensión: derecho: 20º extensión: izquierdo: 20º abd: derecho: 40º abd: izquierdo: 30º add: derecho: 0º add: izquierdo: 0
- Desempeño muscular aumento con calificación de 2+/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores y para miembros inferiores
- Paciente quien presenta anteriorización cefálica, protrusión de hombros e hipercifosis dorsal
- Paciente realiza marcha de forma independiente con ayuda externa de bastón
- Persiste inflamación de 3cm en articulación de rodilla derecha en comparación con rodilla izquierda
- Mejoro levemente equilibrio dinámico y estático
- Se mantienen retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, gastro sóleos y cuádriceps de forma bilateral

Se recomienda control con médico tratante, continuar con fisioterapia y continuar realizando los ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M541-RADICULOPATIA 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: 029862

1340

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217643 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Clementina Barrera DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 41507803

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
20/09/22	3:00 pm	Paciente mujer adulto de 58 años de edad, a la valoración inicial se evidencia: Paciente refiere dolor en articulación de codera y muñeca izquierda, de predominio mecánico, de intensidad 9/10 en escala análoga del dolor, de tipo punzante, constante, sensación de calambres y hormigueo, que limita la movilidad para desplazamientos, independiente para labores cotidianas de la vida diaria, alineación en equilibrio dinámico, fuerza 5/5 en bíceps, tríceps, muñeca izquierda. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
21/09/22	3:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en MMSS y MMII, diagonales de Kabat, hombro, pectoral, tijera sedentaria con pesas en codera. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
22/09/22	11:00 am pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en MMSS y MMII de forma activa-asistida, se realiza descarga de pesas y progresores, planos, fortalecimiento isométrico con bolas, terapia sedentaria con pesas en articulación de codera. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
23/09/22	11:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa, estiramientos musculares, asistidos, diagonales de Kabat, ejercicios de pinza y agarre. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
24/09/22	4:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa contra-asistida en MMSS y MMII, diagonales de Kabat, fortalecimiento isométrico con bolas, hombro, pectoral. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
25/09/22	5:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en MMSS y MMII, diagonales de Kabat, descarga de pesas, fortalecimiento muscular con bandas elásticas amarillas, terapia sedentaria con pesas. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
27/09/22	2:00 pm	Paciente femenino acude a sesión de fisioterapia a la valoración inicial se evidencia: paciente refiere que persiste dolor en articulación de muñeca y mano de forma bilateral, se realizan rangos de movilidad según articulación involucrada, disminuye fuerza de 2/5 en MMSS y 2/5 en MMII, persiste hace uso de cabestrillo y bandas para labores y desplazamientos, se realiza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. RM: 029562

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

HISTORIA CLINICA PARA MIEMBROS INFERIORES

Historia Nº: 47507803 Fecha de ingreso: 20/09/24
Apellidos Barrera Nombres clemencia
Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 47507803 Sexo: F X M
Fecha de nacimiento: Día: 30 Mes: 03 Año: 1940 Estado civil: Casada
Municipio: Funza Barrio: mexico Dirección: cra 7A #13-47
teléfono fijo: N.R Móvil: 3124556959 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: N.R
EPS: Famisanar Contributivo: ___ Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Neuropatía LS-L4 / radiculopatia CIE10 M547 Nº terapias 6
Acompañante: Tony Garcia Parentesco: Hija Teléfono 3124556959

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 de reconocimiento de enfermedad general: 20 años
Clínica de atención primaria: clínica del dolor
Exámenes diagnósticos realizados: Resonancia, radiografia, electromiografia
Atención de médicos especialistas: neurologo, ortopedista, internista, fisiatra
Tratamientos realizados: Bloqueos, ozonoterapia
Recomendaciones:
Resumen: " me duele la pierna izquierda y se me inflama el tobillo" origen cuadro real

ANTECEDENTES:

Patológicos: ~~obesidad~~ ERC Anemia HTA Traumáticos: NO
Toxico-alergicos: NO Quirúrgicos: fracturas, tubo cervical Infecciosos: NO
Farmacológicos: Oxicodona, Pregabalina vesicula, hernia umbilical
Cannabis, losartan, acetaminofen, aspirina, Bacodilo

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: cadera y miembros inferiores
Escala Análoga Verbal 9/10
Sensibilidad Superficial: alterada Espasmo: Cervical
Edema: Inflamación: 3 cm en rodilla derecha
RetraccionesMusculares: Isquiotibiales Gastrocnemios - cuadriceps

Longitud de miembros inferiores Real y aparente: SIN
Marcha: Fase de apoyo; choque de talón ___ Pie sobre el plano: ___ Postura intermedia ___ Impulso. Fase de balanceo; aceleración ___ oscilación ___ Desaceleración: ___.
Aditamentos para la marcha: Camacular, bastón
Propiocepcion: alterada

Maniobras especiales: N.A

0342

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

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CADERA	
80°	Flexión	80°
20°	Extensión	20°
30°	Abducción	30°
0	Aducción	0
—	Rotación Interna	—
—	Rotación externa	—
	RODILLA	
80°	Flexión	80°
0°	Extensión	0°
	PIE	
	Dorsiflexión	
/	Plantiflexión	/
	Invesión	
	Eversión	

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	Músculos	Izquierdo
	CADERA	
	Psoas mayor	
	Iliaco	
	Sartorio	
2/5	Glúteo mayor	
	Glúteo mediano	2/5
	Glúteo menor	
	T.F.L	
	ADD	
	R.E.C	
	R.I.C	
	RODILLA	
	Cuádriceps	
2-5	Isquiotibiales	2-5
	TOBILLO	
	Gastrosoleos	
	Tibial Anterior	
	Tibial Posterior	
	Peroneros	
	PIE	
	Ext. Común de los dedos	
/	Ext. Propio del hallux	
	Flexor común de los dedos	/
	Lumbricales, flexor corto del hallux	

Pruebas complementarias:

Piel: S.A

Faneras: S.A

Trofismo muscular: S.A

OBSERVACIONES /

DIAGNOSTICO TERAPÉUTICO: Paciente con ausencia en dominio osteomuscular en rangos de movilidad, desempeño motor, marcha que le impide realizar actividades de la vida diaria

FIRMA TERAPEUTA: Sindy Fernandez Registro: 052582

1343

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

Fecha 20/04/21 hora 3:00pm N° de terapias 2

Nombre: clementina Barrera Cedula: 47502803

✓ **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 Fanny Garnica. con N° de cedula 20550812

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 Garnica.

Firma del paciente o responsable

1344

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
- [ ] 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: 20/09/23 Hora: 3:09pm Nº de Terapias: 7 Diagnóstico: Radiculopatía

Yo Fanny Garnica. con documento de identidad: 20550812

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

Fanny Garnica.

Firma paciente

CC. 20550812

Sindy Fernández

Firma profesional

CC. 1093576337 RP. 083562

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: Fanny Garnica.

Nombre: Fanny Garnica.

Número de identificación: 20550812

	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 Garnica, identificado con cc 20550812 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: Clarenina Ramirez IDENTIFICACION 47587803

FIRMA Fanny Garnica.

FECHA: 20/09/27 HORA: 3:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: demencia Blanca IDENTIFICACION 47502823

FECHA: 20/09/22 HORA: 3:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

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

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	15
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	10
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	0
	TOTAL	25

1340

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: _____ HORA: 3:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Clementina Barrera Cédula: 42502803

DIAGNOSTICO: _____

DIRECCIÓN: Cra 7a # 28-42

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: 1023576331

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Fanny Garnica Cedula: 20550812

Parentesco del paciente: Hija. Firma: Fanny Garnica.