	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: Hector Julio Carrillo Fonseca

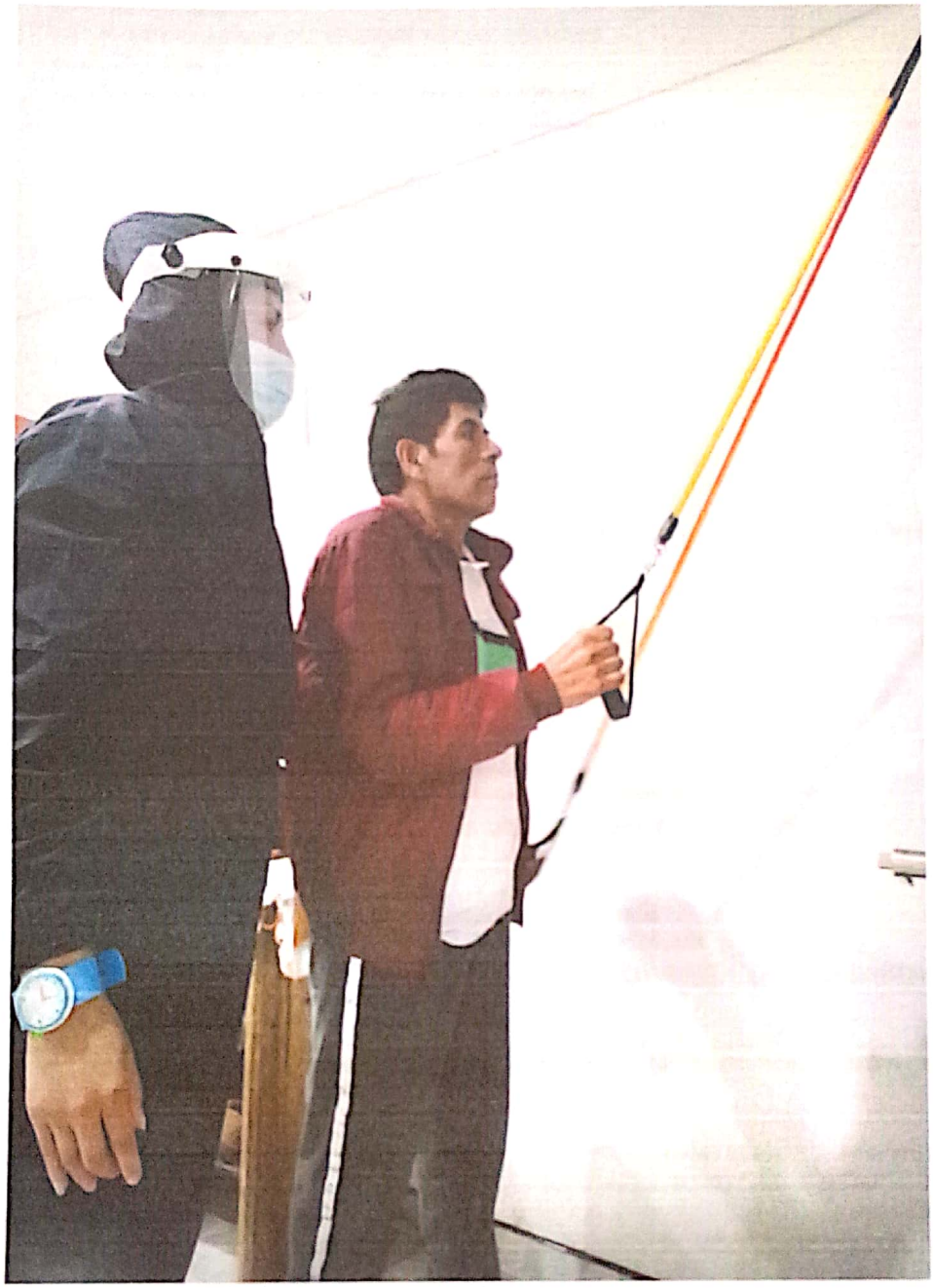
DIRECCIÓN: Cra 20A #13-64 Villa Real TELÉFONO: 3188586369

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
6/09/21	8:00 Am	
7/09/21	8:00 Am	
8/09/21	8:00 Am	
9/09/21	8:00 Am	
10/09/21	8:00 Am	
11/09/21	2:00 pm	
13/09/21	8:00 Am	

Escaneado con CamScanner

HECTOR JULIO CARRILLO FONSECA

CC: 80352057



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, jueves, 16 de septiembre de 2021 22:25:57 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 80.352.057**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	HECTOR JULIO CARRILLO FONSECA
Identificación	CC 80.352.057 Edad: 62 años, 7 meses y 12 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) miércoles, 04 de febrero de 1959
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 20A # 13 - 64 VILLA PAUL Teléfono: 3188586369
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	JANETH CASTRO Parentesco: ACOMPAÑANTE Teléfono: 3118540620
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: lunes, 6 de septiembre de 2021 10:04:25 p. m. - EDAD: 62 años, 7 meses y 12 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: Fractura de clavicula
TRAUMATICOS: Caídas
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Losartan
Atorvastatina
Nifedipino
PATOLOGICOS: Hipertensión arterial

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitida por alcaldía, refiere " Hace 2 años se me subió mucho la tensión y me dio una trombosis"
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de secuelas de accidente cerebrovascular, con un tiempo de evolución de 2 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales y en compañía de familiares
ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: CONSERVADA Tiempo: CONSERVADA Espacio: CONSERVADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideomotora: CONSERVADA Construccional: CONSERVADA Orolingofacial: CONSERVADA
Comunicación: CONSERVADA Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: CONSERVADA Propiocepción: CONSERVADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: CONSERVADA Esterognosia: CONSERVADA Topognosia: CONSERVADA Grafestesia: CONSERVADA Discriminación 2 puntos: CONSERVADA
SISTEMA MOTOR
Tono: No presenta variación Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: Hemiparesia derecha
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: BUENO Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
IZQUIERDO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)
Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE Sedente a cuadrúpedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Cuadrúpedo a rodillas: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Rodillas a bípedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: SI Ayuda externa: NO Marcha: SI
COORDINACION: Fina (visomanual): BUENA Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR
TROFISMO: No evaluado

Escaneado con CamScanner

MARCHA
Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: 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 diagnostico medico de secuelas de accidente cerebrovascular, presenta alteracion en los dominios osteomuscular en las categorías de desempeño muscular, marcha, locomoción y balance dominio tegumentario en integridad sensitiva, lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores
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, Isometría, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Valoracion inicial, 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, 7 de septiembre de 2021 10:11:42 p. m. - EDAD: 62 años, 7 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Extensores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Aductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios excéntricos, 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: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 8 de septiembre de 2021 10:12:54 p. m. - EDAD: 62 años, 7 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: 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, Dorsiflexión, Inver y ever

Escaneado con CamScanner

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: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 9 de septiembre de 2021 10:14:01 p. m. - EDAD: 62 años, 7 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: 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 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: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 10 de septiembre de 2021 10:15:34 p. m. - EDAD: 62 años, 7 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: 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: Extensores, Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, 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: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 11 de septiembre de 2021 10:16:01 p. m. - EDAD: 62 años, 7 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Extensores, Flexores Hombro: Flexores, Abductores, 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 asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna

Escaneado con CamScanner

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: lunes, 13 de septiembre de 2021 10:18:06 p. m. - EDAD: 62 años, 7 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Supinación, Pronación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia, a la valoración final se evidencia:

- Paciente quien no refiere dolor
- Paciente realiza marcha de forma independiente, se le hace recomendación y se enseña el adecuado uso de la ayuda técnica como lo es el bastón
- Mejoro levemente coordinación viso manual y bastón
- Se mantienen retracciones musculares moderadas en isquiotibiales, gastro soleos y cuádriceps de forma bilateral
- Rangos de movilidad limitados en miembro inferior derecho cadera -> flexión 80°, extensión 20°, abducción 50°, aducción 0°, rodilla -> flexión 90°, extensión o°, cuello de pie -> dorsiflexión 10°, plantiflexion 15°, inversión y eversión 10°
- Desempeño muscular de 2+/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores e inferiores
- Mejoro levemente equilibrio dinámico durante patrón de marcha
- A la evaluación de postura se evidencia protrusión cefálica, hombros interiorizados y flexión de tronco durante el patrón de marcha

Se recomienda control con médico tratante, continuar realizando los ejercicios en casa y continuar con Fisioterapia
El paciente Ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA 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
Nit. 900.217.648-1
FT: Sindy Fernández
CM: 029562

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

DEL PACIENTE: Hector Julio Camilo DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80352057

A	HORA	EVOLUCIÓN
6/09/24	8:00 Am	Paciente inicia cita de terapia de rehabilitación a la valoración inicial se evidencia paciente no refiere dolor actualmente en sus 3 ejercicios no se evidencia limitación a la movilidad articular, desbalance muscular de 2/5 según escala de daniels en MMSS y MMII, alteraciones en equilibrio dinámico, paciente quien realiza marcha sin asistencias, retracciones musculares moderadas en MMII de forma bilateral, se finaliza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández RM: 029562
7/09/24	8:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular activa en MMSS y MMII, diagonales de facilitación neuromuscular con banda elástica amarilla se realiza trabajo de equilibrio dinámico. FT: Sindy Fernández RM: 029562
8/09/24	8:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular en hemicuerpo superior e inferior, estiramientos musculares en MMII, ejercicios de equilibrio estático y dinámico, reducción del patrón de marcha. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
9/09/24	8:00 Am	Se realizan estiramientos musculares activo-asistidos en MMII, ejercicios de movilidad articular en MMSS y MMII, diagonales de PNF en MMSS, fortalecimiento muscular con banda elástica color verde, ejercicios de propiocepción visoespacial. FT: Sindy Fernández RM: 029562
10/09/24	8:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular en MMSS y MMII, diagonales de facilitación, fortalecimiento bancho con balón, equilibrio dinámico y reducción del patrón de marcha. FT: Sindy Fernández RM: 029562
11/09/24	2:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular activa en MMSS y MMII, adopción del hemiplejia, reducción del patrón de marcha con asistencia, fortalecimiento muscular con banda elástica verde, ejercicios de propiocepción visoespacial, se moviliza sin complicaciones FT: Sindy Fernández RM: 029562
13/09/24	8:00 Am	Se realiza inicio de sesión de patología a la valoración inicial se evidencia: paciente no refiere dolor, ingreso incrementa equilibrio dinámico durante patrón de marcha, se mantiene retracciones musculares moderadas en MMII, se recomienda y enseña el uso adecuado del bastón para desplazamientos dentro y fuera del hogar. FT: Sindy Fernández RM: 029562

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 80352057 Fecha de ingreso: 6/09/17

Apellidos Castillo Fonseca Nombres Hector Julio

Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 80352057 Sexo: F ___ M X

Fecha de nacimiento: Día: 4 Mes: 02 Año: 59 Estado civil: Unión Libre

Municipio: Funza Barrio: Villa paul Dirección: Cra 20 #1-73-09

teléfono fijo: N.R Móvil: 3188586369 Correo electrónico: N.R

Empresa: N.R Ocupación: N.R

EPS: Convida Contributivo: ___ Subsidiado: ✓

Diagnóstico: Trombosis / secuelas de ACV CIE10 I69.4 Nº terapias 7

Acompañante: Janeth Castro Parentesco: Esposa Teléfono 311 8540620

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: 2 años

Clínica de atención primaria: Hospital de Funza

Exámenes diagnósticos realizados: TAC / resonancia

Atención de médicos especialistas: neurólogo / general

Tratamientos realizados: —

Recomendaciones: —

Resumen: "Se me subió la tensión, hace 2 años y lego temia dando brazo y pierna derecha"

ANTECEDENTES:

Patológicos: HTA Traumáticos: caída desde un tejado

Tóxico - alérgicos: NO Quirúrgicos: 3x clavicula

Infecciosos: NO Farmacológicos:

losartan, atorvastatina / nifedipino

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:

NO

Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: hemicuerpo derecho - Hipoestesia

Sensibilidad profunda: —

Espasmo: Cervical Edema: — Inflamación: —

Escaneado con CamScanner

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

Este documento es propiedad de fisioterapia
Puede usar

Retracciones Musculares: moderadas gastrocnemios, cuadriceps

Atrofias musculares: NO

Tono: S.A

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

Aditamentos para la marcha: NO

Esferas mentales superiores: conservada conciencia: de

Nivel conservados

Memoria: conservada

Lenguaje: conservada

PRAXIAS	
◦ Constructiva	✓
◦ Marcha	✓
◦ Vestirse	✓
◦ Buco – linguo – facial	✓
◦ Escritura	✓

Movimientos involuntarios patológicos:

No presenta

GNOSIAS		
Simples	◦ Gustativas	✓
	◦ Visuales	✓
	◦ Olfativas	✓
	◦ Auditivas	✓
Complejas	◦ Viscoespaciales	✓
	◦ Esquema corporal	✓

Movilidad articular:

Sin limitación a la movilidad activa

Coordinación: levemente alterada

Equilibrio: alterado

Postura o actitud postural: bipedo

Otros sistemas: S.A

Observaciones:

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio osteomuscular en categorías desempeño motor, equilibrio, marcha, locomoción y balance que lo limitan a ejecutar actividades de la vida diaria.

Firma terapeuta: Sindy Fernández Registro: 029562

Escaneado con CamScanner

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 derivara ninguna consecuencia adverse 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)

- [x] Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutanea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- [x] Movilidad articular.
- [x] Ejercicios activos
- [x] Fortalecimiento
- [x] Estiramientos
- [ ] Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- [x] Disminución del dolor
- [x] Aumento de arcos de movimiento
- [x] 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: 6/09/22 Hora 8:00am N° de terapias: 7 Diagnostico: M54

Yo Yaneth Castro M con documento de identidad: 39736277 como (parentesco con el paciente) Acompañante en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Hector Carrillo con documento de identidad (del paciente) 80352057 Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

Yaneth Castro M

Firma del paciente

Cc 39736277

Sindy Fernández

Firma de la terapeuta

Cc. 1013376332 Registro 084562

IPS HUMANA - VITAL
Especialistas en ter
Nit. 900.217 648

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: 6/09/21

Firma: yaneth castro

Nombre:

Número de identificación: 39736277

Escaneado con CamScanner

Fecha 6/09/22 hora 8:00am N° de terapias 7

Nombre: Hector Julio Camillo Fonseca Cedula: 8035257

✓ **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 yaneth castro con N° de cedula 39736297

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.

yaneth Castro M.

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 yaneth castro identificado con cc 39736277 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: Heidy julio camilo IDENTIFICACION 80352052

FIRMA yaneth castro

FECHA: 6/09/19 HORA: 8:00am ALCALDIA ✓ PARTICULAR_____ ARL_____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Hernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Hector julio carrillo IDENTIFICACION 80352057

FECHA: 6/09/19 HORA: 8:00am ALCALDIA ✓ PARTICULAR _____ ARL _____

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

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 6/09/24 HORA: 8:00 am

NOMBRE DEL PACIENTE: Hector Julio Camillo Fonseca Cédula: 80352007

DIAGNOSTICO: Secuelas de accidente cerebrovascular

DIRECCIÓN: Cra 20A #18-64

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 Fernandez Cedula: 1073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Yaneth Castro Cedula: 39736277

Parentesco del paciente: Acompañante Firma: _____

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 6/09/24 HORA: 8:00 am

NOMBRE DEL PACIENTE: Hector Julio Camillo Fonseca Cédula: 80352057

DIAGNOSTICO: Secuelas de accidente cerebrovascular

DIRECCIÓN: Cra 20A #78-64

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 Fernandez Cedula: 1073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Yaneth Castro Cedula: 39736277

Parentesco del paciente: Acompañante Firma: _____

Escaneado con CamScanner

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0 SI Puntaje 25	25
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	30
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	55

Escaneado con CamScanner