	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: Ana Lucia Forero

DIRECCIÓN: Cl 24A #24-20 TELÉFONO: 8274077

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
13/09/21	3:00 pm	Blanca Beatriz Duarte Forero
14/09/21	1:00 pm	Adriana Milena Duarte Forero
15/09/21	1:00 pm	Adriana Milena Duarte Forero
16/09/21	1:00 pm	Adriana Milena Duarte Forero
17/09/21	11:00 Am	Adria Milena Duarte Forero
18/09/21	1:00 pm	Adriana Milena Duarte Forero

ANA LUCIA FORERO

CC: 20548789



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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, miércoles, 22 de septiembre de 2021 23:00:04 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 20.548.789**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ANA LUCIA FORERO DE DUARTE
Identificación	CC 20.548.789 Edad: 87 años, 8 meses y 19 días
Nacimiento	CUCUNUBA (BOYACA) miércoles, 03 de enero de 1934
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE24 N 2A-20 Teléfono: 8219077/3134779127
Ocupación	HOGAR
Responsable	ADRIANA MILENA Parentesco: NIETA Teléfono: 3134779127
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPSS CONVIDA Tipo afiliación: COTIZANTE

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

FECHA CONSULTA: lunes, 13 de septiembre de 2021 10:43:29 p. m. - EDAD: 87 años, 8 meses y 19 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: Cirugia de rodilla
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: No refiere
PATOLOGICOS: Hipoacusia

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitida por alcaldia
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de gonartrosis, con un tiempo de evolución de 9 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales y en compañía de familiares
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: cadera y rodilla derecha Intensidad: 10/10 según EVA Frecuencia: constante

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
CADERA -> FLEXION: derecho: 50º FLEXION: izquierdo: 50º EXTENSION: derecho: 10º EXTENSION: izquierdo: 10º Abd: derecho: 50º Abd: izquierdo: 50º Add: derecho: 0 Add: izquierdo: 0
RODILLA -> FLEXION: derecho: 50º FLEXION: izquierdo: 50º EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10º EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: 50º
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2
RETRACCIONES
Rodilla: Semitendinoso Moderado
Cuello de pie: Gemelos Moderado
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas Iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA LATERAL: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Lordosis cervical: NORMAL Cifosis dorsal: NORMAL 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: No evaluada
EQUILIBRIO DINAMICO: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: BUENO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: No Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: No Realiza Discriminación de cinturas: No Realiza Balanceo de brazos: No Realiza Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de gonartrosis, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías de rangos de movilidad articular, desempeño muscular y marcha, locomoción y balance lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria

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

Pronóstico fisioterapéutico: reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: M170-GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
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, 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, 14 de septiembre de 2021 10:51:09 p. m. - EDAD: 87 años, 8 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
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: M170-GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 15 de septiembre de 2021 10:52:15 p. m. - EDAD: 87 años, 8 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 3
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, 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: M170-GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

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

FECHA CONSULTA: jueves, 16 de septiembre de 2021 10:53:29 p. m. - EDAD: 87 años, 8 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 4
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 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
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M170-GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 17 de septiembre de 2021 10:54:28 p. m. - EDAD: 87 años, 8 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, 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: M170-GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 18 de septiembre de 2021 10:55:13 p. m. - EDAD: 87 años, 8 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
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 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 propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

-Paciente refiere que persiste dolor en articulación de rodilla derecha con una calificación de 8/10 según EVA
-Se mantienen retracciones musculares moderadas para gastro soleos e isquiotibiales y cuádriceps de forma bilateral
-Paciente quien requiere ayuda de segunda persona para realizar desplazamientos y traslados dentro de su hogar

-Rangos de movilidad articular se mantiene según calificación inicial para articulación de rodillas flexión 50º, extensión -10º, cuello de pie izquierdo dorsiflexión 5º, dorsiflexión 5º, inversión y eversión 0º

-Se mantiene desempeño muscular de 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores y calificación de 2-/5 para miembros inferiores.

- Mejoro moderadamente equilibrio estático y propiocepción viso manual

Se recomienda control con médico tratante y continuar con Fisioterapia

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI

DIAGNÓSTICOS

Principal: M170-GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO

Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FT: Sindy Fernández
RM: 029562

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Lucia Forero **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 7054789

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
23/09/22	3:00 pm	Paciente quien inicia cita de control de Fisioterapia a la valoración inicial se evidencia: Paciente alerta, comunicativa, consciente, refiere dolor de 7/10 en articulación de rodillas bilateral con crepitos en ambas rodillas, edemas fisiológicos, paciente quien se realiza dolor de manera independiente, paciente sin apoyo en silla en el momento por tiempo prolongado. AT: Sindy Fernández Fisioterapeuta.
24/09/22	7:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en MMSS y MMII de forma bilateral, disminución de volumen, fortalecimiento muscular con banda elastica amarilla, ejercicios de propiocepción y manual. AT: Sindy Fernández Fisioterapeuta.
25/09/22	7:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa libre, ejercicios de propiocepción manual, fortalecimiento muscular con banda elastica amarilla, disminución de volumen, terapia física con termoterapia y frio en rodillas. AT: Sindy Fernández Fisioterapeuta.
26/09/22	7:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en MMSS y MMII de forma bilateral, disminución de volumen, ejercicios de fortalecimiento muscular con balón se realiza sin complicaciones AT: Sindy Fernández Fisioterapeuta.
27/09/22	7:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en MMSS y MMII, estiramientos musculares en MMII de forma bilateral, disminución muscular (de) con banda elastica color amarilla, terapia física con frio en rodillas AT: Sindy Fernández Fisioterapeuta.
28/09/22	7:00 pm	Paciente finaliza cita de control de fisioterapia, en la valoración final se evidencia: Paciente refiere que persiste dolor en articulación de rodillas de forma bilateral, paciente se moviliza de forma independiente, pelvicos, miembros femorales rodilla derecha - izquierda en MMII de forma bilateral, disminución muscular de 2/5 según escala de daniels en MMSS y MMII, se moviliza sin complicaciones. AT: Sindy Fernández Fisioterapeuta.

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 20548789 Fecha de ingreso: 23/09/21
Apellidos Torres Nombres Ana Lucia
Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 20548789 Sexo: F X M
Fecha de nacimiento: Día: 3 Mes: 01 Año: 1934 Estado civil: viuda
Municipio: Tunja Barrio: Hato Dirección: cll 24A # 2A-20
teléfono fijo: 8749027 Móvil: Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: N.R
EPS: Coomeva Contributivo: Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Lumbalgia CIE10 M790 Nº terapias 6
Acompañante: Eliana Duarte Parentesco: Hija Teléfono 8749027

Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldia

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: 9 años

Clínica de atención primaria: —

Exámenes diagnósticos realizados: Radiografia de cadera

Atención de médicos especialistas: Ortopedista

Tratamientos realizados: Osteotomia de femur, bursitis en cadera derecha

Recomendaciones:

Resumen: Signos de tipo osteoarticular en cadera derecha e izquierda

ANTECEDENTES:

Patológicos: Hipoacusia Traumáticos: no
Toxico - alérgicos: no Quirúrgicos: cirugia de rodilla
Infecciosos: no Farmacológicos:

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: Cadera y rodilla derecha
Escala Análoga Verbal 20/10

Sensibilidad Superficial: —

Sensibilidad profunda: —

Espasmo: — Edema: — Inflamación: —

0316

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

Retracciones Musculares: Sacra isquiotibiales, cuadriceps

Atrofias musculares: en mmii bilateralmente

Tono: s.n

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

Aditamentos para la marcha: Caminador, silla de ruedas

Esferas mentales superiores: Conservada

Nivel de conciencia: Conservada

Memoria: Conservada

Lenguaje: Conservada

PRAXIAS	
Constructiva	—
Marcha	no
Vestirse	✓ asistencia
Buco – linguo – facial	✓
Escritura	—

Movimientos involuntarios patológicos:

no presenta

GNOSIAS		
Simples	Gustativas	
	Visuales	
	Olfativas	
	Auditivas	
Complejas	Viscoespaciales	
	Esquema corporal	

Movilidad articular:

limitada en mmii Codem al rso de 20°, extensión 10°, abducción 50°, Fx de rodilla 50°, extensión -10°

Coordinación: conservada viscoespacial

Equilibrio: alterada

Postura o actitud postural: sedente, spino

Otros sistemas: s.n

Observaciones:

/ /

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio osteomuscular en rangos de movilidad, deficiencia muscular, mucha que limitan a ejecutar actividades de la vida diaria.

Firma terapeuta: Sindy Fonseca Registro: 027562

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de fisioterapia, esto significa que entiende en que consiste el tratamiento y nos autoriza a realizarlo.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no derivara ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención. Antes de firmar, es importante que lea despacio la siguiente información.

Digenos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto

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

- [ ] Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutanea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- [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: 13/09/21 Hora 3:00pm N° de terapias: 6 Diagnostico: Gonartrosis

Yo Blanca B Duarte con documento de identidad: 20550251 como (parentesco con el paciente) Hija en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Ana Lucia Forero con documento de identidad (del paciente) 20548789. Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

IPS HUMANA - VITAL S.A
Especialistas en terapias
Nit. 900.217 648 - 1

Blanca Beatriz Duarte F.

Firma del paciente

Cc 20 550 251

Sindy Fernández

Firma de la terapeuta

Cc. 7023576532 Registro 037562

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

Fecha 23/09/21 hora 3:00pm N° de terapias 6

Nombre: Ana Lucia Forero Cedula: 20548789

✓ **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 Blanca Beatriz Duarte Forero con N° de cedula 20550251

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.

Blanca Beatriz Duarte Forero

Firma del paciente o responsable

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: 13/09/21

Firma: Blanca Beatriz Duarte Forero

Nombre: _____

Número de Identificación: 20 550 251

0320

	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 Blanca Beatriz Duarte Forero identificado con cc 20550251 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: Ana Inés Forero IDENTIFICACION 20548789

FIRMA Blanca Beatriz Duarte Forero

FECHA: 23/09/21 HORA: 3:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

0321

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana Lucia Forero **IDENTIFICACION** 20548289

FECHA: 13/09/21 **HORA:** 3:00pm **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Blanca Beatriz Duarte Forero
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Blanca Beatriz Duarte Forero.
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Blanca Beatriz Duarte Forero.
PLAN CASERO	Blanca Beatriz Duarte Forero
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Blanca Beatriz Duarte Forero

1322

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 13/09/21 HORA: 3:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Lucia Arcos Cédula: 20548789

DIAGNOSTICO: Gonartrosis

DIRECCIÓN: Calle 24A #2A-20

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: 7073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Blanca Beatriz Duarte Forero Cedula: 20550251

Parentesco del paciente: Hija. Firma: Blanca Beatriz Duarte Forero

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/caminedor. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0 Puntaje 15 Puntaje 30	15
Vía Venosa	NO Puntaje 0 SI Puntaje 20	
Marcha: • Normal/en reposo/en cama • Débil • Alterada requiere asistencia	Puntaje 0 Puntaje 10 Puntaje 20	20
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	0
	TOTAL	35