	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: Canas Julio Camilo Quintana

DIRECCIÓN: Cll 10 #23-45 Sta Teresita **TELÉFONO:** 3124228510

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
13/09/21	9:00 Am	[firma]
14/09/21	8:00 Am	[firma]
15/09/21	8:00 Am	[firma]
16/09/21	8:00 Am	[firma]
17/09/21	8:00 Am	[firma]
18/09/21	8:00 Am	[firma]

CARLOS JULIO CARRILLO

CC: 1050098



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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, miércoles, 22 de septiembre de 2021 22:05:32 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.050.098**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	CARLOS JULIO CARRILLO QUINTANA
Identificación	CC 1.050.098 Edad: 75 años, 5 meses y 30 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) sábado, 23 de marzo de 1946
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 10 # 23 - 45 SANTA TERESITA Teléfono: 3124228510
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	GLORIA CARRILLO Parentesco: HIJA Teléfono: 3124228510
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, 13 de septiembre de 2021 9:36:58 p. m. - EDAD: 75 años, 5 meses y 30 días

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: Caida
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Losartan
Carvedilol
Amlodipino
Atorvastatina
PATOLOGICOS: Hipertensión arterial
Hipoacusia severa
Problemas visuales

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitido por alcaldía, cuidadora refiere " Le dio una trombosis afecto medio cuerpo derecho "
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de secuelas de accidente cerebrovascular, con un tiempo de evolución de 1 mes
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales y en compañía de familiares
ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: articulación de cadera izquierda Intensidad: No valorable Frecuencia: constante

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: CONSERVADA Tiempo: CONSERVADA Espacio: CONSERVADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: ALTERADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideomotora: CONSERVADA Construccional: CONSERVADA Orolingofacial: CONSERVADA
Comunicación: LEVEMENTE ALTERADA Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: ALTERADA Dolor: ALTERADA 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: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
IZQUIERDO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)
Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Sedente a cuadrúpedo: NO ADOPTA Cuadrúpedo a rodillas: NO ADOPTA Rodillas a bípedo: NO ADOPTA
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: NO Ayuda externa: SI Marcha: SI

COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: REGULAR
TROFISMO: No evaluado
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 osteomucular en las categorias de rangos de movilidad articular, desempeño muscular, marcha, locomoción y balance
lo cual lo 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: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones activo-asistidas, modulación de tono, terapia sedativa con Tensa, se trabajan patrones diafragmáticos para mejoría de patrón respiratorio. Se realizan estiramientos generales. Se realiza Higiene postural. Paciente finaliza en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Valoración 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 9:51:57 p. m. - EDAD: 75 años, 5 meses y 30 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 2
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, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, 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: 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, 15 de septiembre de 2021 9:53:11 p. m. - EDAD: 75 años, 5 meses y 30 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN 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, 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, 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, 16 de septiembre de 2021 9:54:27 p. m. - EDAD: 75 años, 5 meses y 30 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de Ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
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: viernes, 17 de septiembre de 2021 9:55:39 p. m. - EDAD: 75 años, 5 meses y 30 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN 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, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Agarres, Prensas
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, 18 de septiembre de 2021 9:57:19 p. m. - EDAD: 75 años, 5 meses y 30 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de Ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Extensores, 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: Dorsiflexión, 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): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente alerta y orientado en sus 3 esferas
- Paciente presenta hipoacusia severa
- Paciente refiere dolor en articulación de cadera izquierda no valorable
- Continúan retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, gastro soleos y cuádriceps de forma bilateral
- Aumento desempeño muscular a 2+/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores e inferiores
- Rangos de movilidad se mantienen según calificación inicial CADERA -> FLEXION IZQUIERDA: 70º EXTENSION: 10º Abduccion: 30º, Aduccion 0º 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 levemente equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
- Paciente hace uso de ayuda técnica de bastón para traslados y desplazamientos

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
Especialistas en terapias
Nit. 900.217.648-1

FT: Sindy Fernández
Ren: 029562

Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Carlos Julio Carrillo **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 7050098

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
23/09/21	9:00 am	Paciente inicio ciclo de terapia física a la valoración inicial se evidencia: paciente con hipoacusia severa, hemiparesia izquierda, fuerza de movilidad limitados en mmii rango flexion de cadera 90°, extensión 20, abducción 30°, desempeño motor de 2/5 según escala de daniels, reflejos serios en cuadriceps, isquiotibiales, aductores en equilibrio dinamico, paciente hace uso de baston grafo, deglutorios, dorso de su hogar, se retira sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
24/09/21	8:00 am	Se realizan ejercicios de movilidad articular activo asistida en mmss y mmii, diagonales de facilitación, neurodinamia del pulso de marcha con asistencia, ejercicios de equilibrio y propiocepción usuario se retira sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562.
25/09/21	8:00 am	Se realizan ejercicios de movilidad articular en hombro izquierdo e interior, neurodinamia del pulso de marcha, fortalecimiento muscular con banda elástica amarilla, se realiza terapia física con TENS en mmii rigido, se retira sin complicaciones. FT: sindy Fernández. Rm: 029562
26/09/21	8:00 am	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii, diagonales de facilitación, fortalecimiento muscular con banda elástica amarilla, terapia física con tens y termoterapia. FT: sindy fernández. Rm: 029562
27/09/21	8:00 am	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii, neurodinamia del pulso de marcha, cambios de decubito, terapia física en cadena rigida. FT: sindy fernández. Rm: 029562
28/09/21	8:00 am	Paciente continua ciclo de sesiones de fisioterapia, a la valoración inicial se evidencia: paciente con hipoacusia severa, atención en equilibrio dinamico, movilidad muscular en cadena rigida: flexión de 90°, extensión 20°, abducción 30°, rebeca dolor en cadera no valorable, hipertonia en hemicuerpo derecho, paciente hace uso de baston grafo, deglutorios. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 7050098 Fecha de ingreso: 23/09/21
Apellidos Carrillo Cardona Nombres Carlos Julio
Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 7050098 Sexo: F ___ M X
Fecha de nacimiento: Día: 23 Mes: Marzo Año: 1946 Estado civil: Separado
Municipio: Funza Barrio: Santa Teresita Dirección: Calle 20 #123-45
teléfono fijo: N.E Móvil: 3124228510 Correo electrónico: N.E
Empresa: N.E Ocupación: N.E
EPS: Coosalud Contributivo: ___ Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Secuelas de ACV CIE10 I694 Nº terapias 6
Acompañante: Gloria Camilo Parentesco: Hija Teléfono 3124228516

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

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: 10 agosto

Clínica de atención primaria: Hospital de Funza - Fusca

Exámenes diagnósticos realizados: TAC, resonancias

Atención de médicos especialistas: General, neurólogo

Tratamientos realizados: —

Recomendaciones: —

Resumen: "le dio un paro cerebral, una trombosis afecto medio cuerpo derecho", se fue en ambulancia a hacer el chance, sintió mareo de oidos, mucho vómito

ANTECEDENTES:

Patológicos: HTA Traumáticos: Caida
Toxico - alérgicos: No Quirúrgicos: No
Infecciosos: No Farmacológicos:
losartan, carvedilol, amlodipino, atorvastatina

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:
Cadera derecha
Escala Análoga Verbal No valorable

Sensibilidad Superficial: disminuida

Sensibilidad profunda: alterada

Espasmo: — Edema: — Inflamación: —

1332

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

Retracciones Musculares: Severa ucodinos - Bquiohbaler

Atrofias musculares: —

Tono: —

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

Aditamentos para la marcha: Bastón

Esferas mentales superiores: conservadas

Nivel de conciencia: conservadas

Memoria: conservada

Lenguaje: conservada

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

Movimientos involuntario

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

s patológicos:

no presenta

Movilidad articular:

Impedido en cadera izquierda Fx 70°, extensión 20°, abducción 30°.

Coordinación: alterada

Equilibrio: alterada

Postura o actitud postural: sedente, supino

Otros sistemas: —

Observaciones:

/ /

Diagnostico Fisioterapéutico: fuerza con alteración en dominio osteomuscular en rango de movilidad articular, descarga muscular y marcha, locomoción y balance de la limitan a ejecutar AVD.

Firma terapeuta: Gerardo Hernández Registro: 02562

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 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 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: _____
- ☒ Movilidad articular.
- ☒ Ejercicios activos
- ☒ Fortalecimiento
- ☒ Estiramientos
- ☐ Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- ☐ Disminución del dolor
- ☒ Aumento de arcos de movimiento
- ☒ 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 9:00 am N° de terapias: 6 Diagnostico: secuelas de acv

Yo Gloria E Carrillo con documento de identidad: 52617221, como (parentesco con el paciente) hija, en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Carlos Julio con documento de identidad (del paciente) 1050098. Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

Gloria E C B 2

Firma del paciente

Cc _____

Sirley Camacho

Firma de la terapeuta

Cc. 1023516237 Registro 03562

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

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

1334

Fecha 23/09/21 hora 9:00 Am N° de terapias 6

Nombre: Carlos Julio Carrino Cedula: 7050098

✓ **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 Gloria E Carrillo Ricco con N° de cedula 52617221

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.

Gloria E Ricco.

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: 23/09/21

Firma:

Nombre:

Número de Identificación: 52617221

	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 Gloria E Ospina identificado con cc 52617221, 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: Carlos Julio Camilo IDENTIFICACION 7050098

FIRMA Gloria E Ospina

FECHA: 23/09/21 HORA: 9:00 AM ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

1133

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Ramírez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Carlos Julio Camilo IDENTIFICACION 1050088

FECHA: 13/09/22 HORA: 9:00 am ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

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

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 13/09/21 HORA: 9:00 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: Carlos Julio Carrillo Cédula: 7050098

DIAGNOSTICO: Secuelas de accidente cerebrovascular

DIRECCIÓN: Calle 70 #23-45

El domicilio cuenta:

	SI	NO
SERVICIOS		
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:

S ✓ ✓

Datos del evaluador:

NOMBRE: Sindy Fernández Cedula: 1073577631

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Gloria E Carrillo Cedula: 52.617221

Parentesco del paciente: Hija Firma:

0339

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0	25
	SI Puntaje 25	
Diagnostico secundario	NO Puntaje 0	0
	SI Puntaje 15	
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0	15
	Puntaje 15	
	Puntaje 30	
Vía Venosa	NO Puntaje 0	0
	SI Puntaje 20	
Marcha: • Normal/en reposo/en cama • Débil • Alterada requiere asistencia	Puntaje 0	20
	Puntaje 10	
	Puntaje 20	
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0	0
	Puntaje 15	
	TOTAL	60