0533

	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: Jair Esteban Villamil

DIRECCIÓN: Cra 2C # 6-02 Altos del Gallí TELÉFONO: 3142574468

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO	
20/09/24	5:00 pm		52'832.053
21/09/24	10:00 Am		52'832.053
22/09/24	11:00 Am		52'832.053
23/09/24	5:00 pm		52'832.053
24/09/24	5:00 pm		52'832.053
25/09/24	5:00 pm		52'832.053

JAIR VILLAMIL

CC: 1000944019



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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, jueves, 30 de septiembre de 2021 20:00:33 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.000.944.019**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JAIR ESTEBAN VILLAMIL TORRES
Identificación	CC 1.000.944.019 Edad: 19 años, 6 meses y 22 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) viernes, 08 de marzo de 2002
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 2 # 6 - 02 Teléfono: 3142574468
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	AURA TORRES Parentesco: MAMÀ Teléfono: 3142574468
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS002 - SALUD TOTAL S.A Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: lunes, 20 de septiembre de 2021 7:37:53 p. m. - EDAD: 19 años, 6 meses y 22 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: Biopsia
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: No refiere
PATOLOGICOS: Autismo

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quie inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitido por alcaldía
DIAGNOSTICO MEDICO:
Paciente con diagnostico medico de autismo con un tiempo de evolución de 16 años y diagnostico medico de distrofia muscular con un tiempo de evolución de 7 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales y en compañía de familiares, se evidencia alteración en el patrón de marcha
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: ALTERADA Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: ALTERADA Vibración: ALTERADA Propiocepción: ALTERADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: ALTERADA Esterognosia: ALTERADA Topognosia: ALTERADA Grafestesia: ALTERADA Discriminación 2 puntos: ALTERADA
SISTEMA MOTOR
Tono: No presenta variación Observación: presenta alteración en tren inferior y miembro superior izquierdo Palpación: No presenta variación Movimiento: presenta alteración en tren inferior y miembro superior izquierdo
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: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR 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: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA 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: NO Marcha: SI
COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR

TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: No Realiza Balanceo de brazos: No 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 fractura de la epifisis superior del humero, presenta alteración en los dominios osteomucular y neuromuscular en las categorías
de función motora, desempeño muscular y marcha, locomoción y balance lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: G710-DISTROFIA MUSCULAR Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 17 Hora de salida: 18 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos Codo: Flexores, Extensores Mano: Desviación radial, Desviación cubital
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos, Rotadores internos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Isometría, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): valoracion inicial y primera sesion
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 7:46:12 p. m. - EDAD: 19 años, 6 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Extensores, Extensores, Flexores
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
Pasivos, 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: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: G710-DISTROFIA MUSCULAR 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 7:47:42 p. m. - EDAD: 19 años, 6 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas

TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones pasivas y activo- asistidas, modulación, se trabajan patrones diafragmaticos para mejoría de patrón respiratorio. Se realiza fortalecimiento muscular global (Kabat, Rood). Se realizan estiramientos generales. Se realiza Higiene postural. Paciente finaliza en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna11
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: G710-DISTROFIA MUSCULAR 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 7:48:26 p. m. - EDAD: 19 años, 6 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 17 Hora de salida: 18 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Supinación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: fortalecimiento con banda elástica color amarillo
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, 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: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: G710-DISTROFIA MUSCULAR 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 7:50:57 p. m. - EDAD: 19 años, 6 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 17 Hora de salida: 18 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, A, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, 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: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: G710-DISTROFIA MUSCULAR 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 7:52:02 p. m. - EDAD: 19 años, 6 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 17 Hora de salida: 18 No. de sesión: 6
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, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever

TECNICAS: FNP

OTROS PROCEDIMIENTOS: Movilidad articular en MMSS y MMII cion cicloergómetro

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 quien sigue órdenes y comandos
- Comunicación alterada
- Retracciones musculares pasaron de moderadas a leves en musculatura gastro solea, isquiotibial, cuádriceps y tibial de forma bilateral
- Mejoro moderadamente propiocepción viso manual
- Se mantiene desempeño muscular de 2-/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores y miembros inferiores
- Rangos de movilidad articular se mantienen según calificación inicial para movilidad activa en miembros superiores flexión de hombro 80º, extensión 20º, abducción 50º, rotaciones 30º, flexión de codo 100º, extensión 0º, flexión de cadera 70º, extensión 20º, flexión de rodilla 80º, extensión 0º
- No se evidencian contracturas ni deformidades
- Se evidencia alteración al ejecutar patrón de marcha, pero paciente lo hace de forma independiente
- No se evidencia edema, ni inflamación

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: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO

Relacionado1: G710-DISTROFIA MUSCULAR 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

RM: 02956 2
FT: Sindy remainder

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217643 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Jair Esteban Vilamil DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1000944019

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
20/09/22	5:00 pm	Paciente masculino asiste a terapia hoy, a la valoración inicial se evidencia alteración en áreas mentales superiores, atención en comunicación, juegos de mundos, consecuentes a la maduración, paciente masculino de 2-15 sin escolaridad en mmss y mmii alteración en equilibrio dinámico, alteración en propioceptivo y sensitivo, reflejos masivos inclusivos en isquiotibiales aductores de forma bilateral, FT: Sindy Fernández RM: 029562
21/09/22	10:00 am	Se realizan ejercicios de agilidad caminar en mmss y mmii de forma cruzada, asistida, diagonales de kabbat, higiene postural, descargas de peso y aproximaciones anteriores. FT: Sindy Fernández RM: 029562
22/09/22	11:00 am	Se realizan ejercicios de agilidad caminar en bipedestación, diagonales de kabbat descargas de peso, equilibrio mixto con banda elástica amarilla, aproximaciones anteriores. FT: Sindy Fernández RM: 029562
23/09/22	5:00 pm	Paciente se deja en compañía de psicólogo y familiares se inicia con movilidad activa en mmss y mmii de forma bilateral, activo-asistida, diagonales de kabbat, descargas de peso y aproximaciones anteriores, se finaliza sin complicaciones FT: Sindy Fernández RM: 029562
24/09/22	5:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii de forma activo-asistida, diagonales de kabbat, equilibrio mixto con banda elástica amarilla ejercicios para mmss y mmii en bipedestación se finaliza sin complicaciones FT: Sindy Fernández RM: 029562
25/09/22	5:00 pm	Paciente masculino cita de sesiones de fisioterapia a la valoración inicial se evidencia: Alerta atenta sigue ordenes y comandos, comunicativo atento, amplia de movilidad se mantiene sin contracción muscular, disminuye movilidad de 2-15 en mmss y mmii, se evidencia alteración de marcha, no se evidencia edema, ni hematomas FT: Sindy Fernández RM: 029562

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1000944079 Fecha de ingreso: 20/09/21
Apellidos Villamil Nombres Jair Esteban
Documento de identidad: Tipo: cc Numero: 1000944079
Fecha de nacimiento: Día: 8 Mes: 03 Año: 2002 Sexo: F ___ M X
Municipio: Funza Barrio: Gaitan Dirección: cra 20 # 6-07
teléfono fija: N.R Móvil: 3142534468 Correo electrónico: N.R
Empresa: Salud total Ocupación: N.R
EPS: — Contributivo: ___ Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Distrofia muscular/Autismo CIE10 F840 / G710 Nº terapias 6
Acompañante: Aura Torres Parentesco: mamá Teléfono 3142534468

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: Nacimiento

Clínica de atención primaria: Hospital de Funza

Exámenes diagnósticos realizados: TAC, Resonancia

Atención de médicos especialistas: Neurólogo, Biólogo

Tratamientos realizados: —

Recomendaciones: —

Resumen: A los 12 años, distrofia muscular, a los 3 años le diagnosticaron autismo

ANTECEDENTES:

Patológicos: Autismo Traumáticos: No
Toxico - alérgicos: No Quirúrgicos: Biopsia
Infecciosos: Gripe — Farmacológicos:

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:

No refiere Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: N.R

Sensibilidad profunda: N.R

Espasmo: — Edema: — Inflamación: —

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

Retracciones Musculares: Mesetadas isquiotibiales - cuadriceps

Atrofias musculares: generalizada
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: silla de ruedas
Esferas mentales superiores: alteradas
Nivel de conciencia:
alterada
Memoria: alterada
Lenguaje: alterada

PRAXIAS
- Constructiva
- Marcha asistencia
- Vestirse asistencia
- Buco – linguo – facial asistencia
- Escritura

Movimientos involuntario

GNOSIAS	
Simples	Gustativas Visuales Olfativas Auditivas
Complejas	Viscoespaciales Esquema corporal

s patológicos:

no presenta

Movilidad articular:

conservado a la movilidad gruesa

Coordinación: alteradas

Equilibrio: alterado

Postura o actitud postural: sedente o supino

Otros sistemas: —

Observaciones:

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio neuromuscular y osteomuscular en alerta, atención y cognición, deterioro muscular, marcha, Locomoción y balance que lo limita a ejecutar mas.

Firma terapeuta: Sindy Fernández Registro: 029562

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

Fecha 20/09/24 hora 5:00pm N° de terapias 6

Nombre: Jair Esteban Villamil Cedula: 1000944079

✓ **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 Aura patricia Torres con N° de cedula 52'832.053

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

Firma del paciente o responsable

0513

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)

- ☐ Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), ultrasonido, láser, vibración, calor superficial, crioterapia (frío). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- ☑ Movilidad articular
- ☐ Ejercicios activos
- ☑ Fortalecimiento muscular
- ☑ Estiramiento muscular y/o capsular
- ☐ Ejercicios pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia:

- ☑ Disminución del dolor
- ☑ Aumento de arcos de movilidad articular
- ☑ Incremento de la fuerza muscular
- ☑ Mejorar estabilidad articular
- ☐ Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 20% 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: 20/09/21 Hora: 5:00pm Nº de Terapias: 6 Diagnóstico: Mialgia - osteopenia muscular

Yo Ana patricia Torres con documento de identidad: 52'832.053.

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

Firma paciente

CC. 52'832-053

Firma profesional

CC. 1033776337 RP 029562

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: 20/09/21

Firma:

Nombre: Ruth Patricia Tovar Sotelo

Número de identificación: 52'832.053

0513

	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 Dra. Patricia Torres Sotelo identificado con cc 52'832.053 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: Jair Esteban Jaramil IDENTIFICACION 1000944079

FIRMA

FECHA: 20/07/19 HORA: 5:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

0518

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Jair Esteban Villamil IDENTIFICACION 1000949079

FECHA: 20/09/21 HORA: 5:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

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

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	15
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	15
	TOTAL	70