1057

	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 7

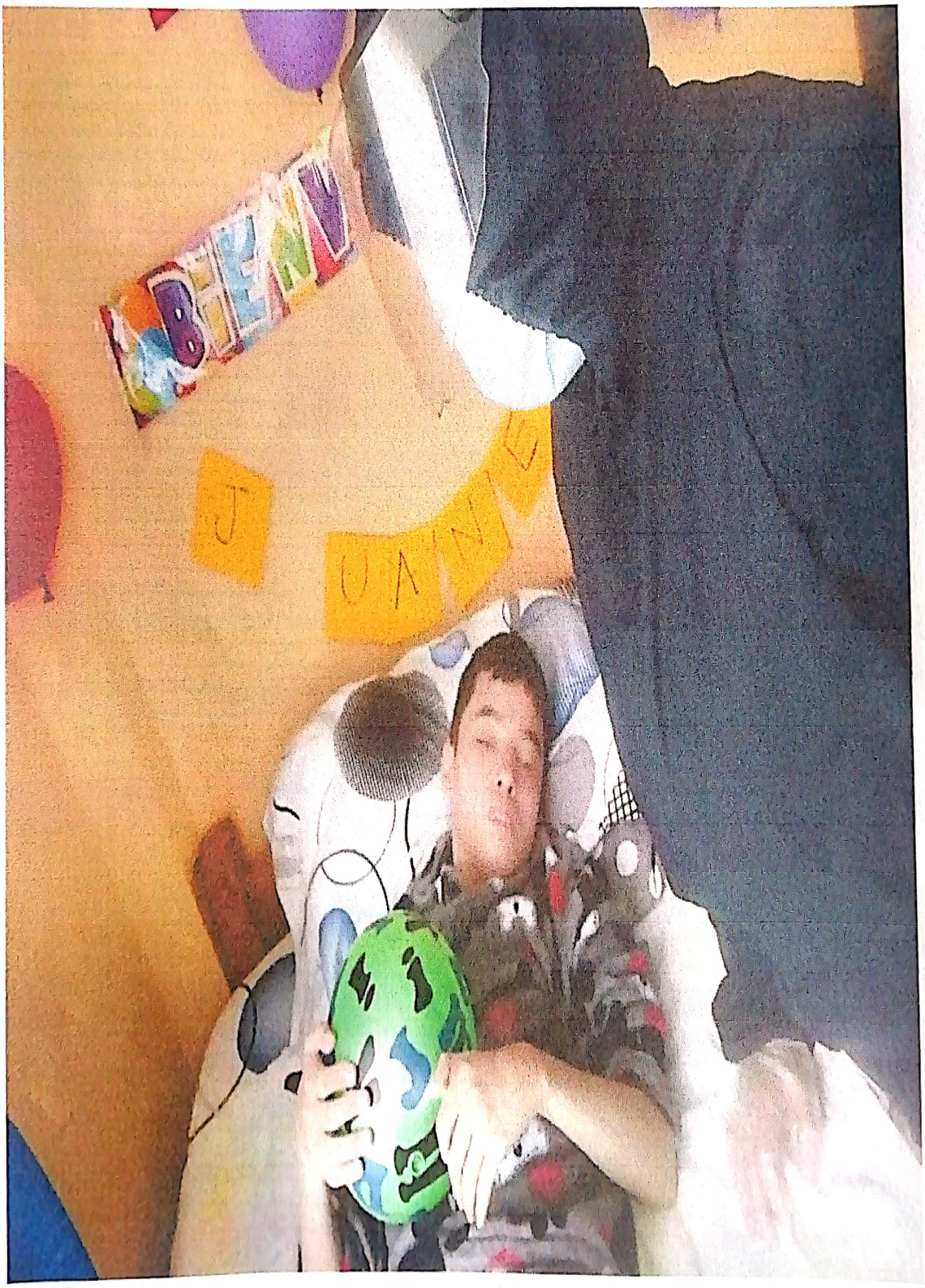
HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Juan Esteban Beltran

DIRECCIÓN: cll 20 # 13-29 **TELÉFONO:** 3153840427

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
04-10-2021	9+00	
05-10-2021	9+00	
06 10-2021	9+00	
07 10-2021	9+00	
08-10-2021	9+00	Guacarere
09-10-2021	9+00	Guacarere
11-10-2021	9+00	Guacarere

Juan esteban Beltran C.C1019984839



1059

6800

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Esteban Beltrán DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1019984839

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
04-10-2021	9:00	Encuentro paciente estable en decubito dorsal refiere familiar paciente haber estado hospitalizado por 20 días por cuadro de infección presentando desacondicionamiento físico, perdida de masa muscular, arcos de movimiento y fuerza muscular, paciente ... que pierde estabilidad en sedente y no se ayuda para cambio de posición. se trabaja movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores. finaliza sesión sin complicación
05-10-2021	9:00	encuentro paciente en decubito dorsal, se inicia sesion con movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores, se trabaja ejercicios uniplanares y rotación de tronco inferior se pausa y prosigue con cambios de postura, se adopta sedente donde se trabaja control cefalico. finaliza sesion sin complicación
06-10-2021	9:00	se inicia sesión con movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores, se trabaja ejercicios uniplanares y rotación de tronco inferior, se continua con ejercicios asistidos con pelota en miembros superiores paciente que mantiene por periodo corto los agarres. se adopta sedente donde se trabaja control cefalico finaliza sesión
07-10-2021	9:00	encuentro paciente en decubito dorsal, se inicia sesión con movilizaciones pasivas se trabaja TRP en miembros superiores, paciente colaborador, se evidencia congestion nasal, se recomienda realizar lavado nasal finaliza sesion con tomas de peso en pie.
08-10-2021	9:00	encuentro paciente estable en decubito dorsal se inicia sesion con movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores, se continua con ejercicios uniplanares y de flexo-extension en miembros inferiores se adapta bi sedente donde se trabaja control cefalico y masaje en columna (zona lumbar y cervical) paciente que mantiene por un periodo mas largo la posicion. finaliza sesion sin complicación
09-10-2021	9:00	encuentro paciente estable en sedente con ayuda, se traslada a cama donde se realiza movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiore, se continua con ejercicios uniplanares y de flexo-extension en miembros inferiores se trabaja estabilidad en decubito lateral. finaliza con ejercicios de alcances y agarres.

1060

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan esteban Beltran DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1019984839

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
1-10 2021	9:00	encuentro paciente estable en decubito dorsal se evidencia mejor agarres, mantiene por mas tiempo, intenta colaborar para los cambios de posicion, en sedente mejora control cefalico, falta mas estabilidad en sedente, se inicia sesion con trabajo de agarres y alcances, se continua con estramientos en miembros inferiores, ejercicios uniplanares y de flexo extension. Finaliza sesion con adopcion de sedente donde se trabaja estabilidad queda paciente en decubito dorsal

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA FISICA

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) 70% 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: 04-10-2021 Hora: 9:00 Nº de Terapias: 7 Diagnóstico: Parálisis cerebral espastica

Yo Dora I Beltrán Avila con documento de identidad: 52663882

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. 52663882

Monica J Fajardo

Firma profesional

cc. 1.101.760.41 RP 0477J

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

Fecha 04-10-2021 hora 9toc N° de terapias 7

Nombre: Juan esteban Beltrañ Cedula: 1019984839

✓ **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 Dora I. Beltrañ Avila con N° de cedula 52663882

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

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: 04-10-2021

Firma:

Nombre: Dora I Beltrán Avila

Número de Identificación: 52663882

1064

Humana Vital S.A.S	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 Dora I Beltrán Avila identificado con cc 52663882 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: Juan Beltrán ***IDENTIFICACION*** 1019984839

FIRMA _____

FECHA: _____ ***HORA:*** _____ ***ALCALDIA*** _____ ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

1065

Humana Vital S.A.S	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

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Monica J. Tajardo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Juan Beltrán ***IDENTIFICACION*** 1019984839

FECHA: 04-10-2021 ***HORA:*** 9:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, lunes, 11 de octubre de 2021 15:08:07 **HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPIA No. 1.019.984.839**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JUAN ESTEBAN BELTRÁN BELTRÁN	
Identificación	TI 1.019.984.839 Edad: 16 años, 9 meses y 8 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) lunes, 03 de enero de 2005	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 20 N 14-19 Teléfono: 3203208164	
Ocupación	HOGAR	
Responsable	DORA BELTRÁN Parentesco: MAMA Teléfono: 3203206164	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDÍA EPS: EPS FAMISANAR LTDA CAFAM-COLSUBSIDIO Tipo afiliación: PARTICULAR	
Estado civil: SOLTERO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Género: Masculino

FECHA CONSULTA: lunes, 4 de octubre de 2021 1:54:29 p. m. - EDAD: 16 años, 9 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios de estabilidad en sedente
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que inicia ciclo de terapia física a la valoración por continuidad se encontró:
Paciente que pierde fuerza muscular refiere familiar paciente estar hospitalizado por prolongación en cama pierde masa muscular
Hipotonía generalizada
Perdida control cefálico
No realiza cambios de postura
Perdida de estabilidad en sedente
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 5 de octubre de 2021 2:28:01 p. m. - EDAD: 16 años, 9 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios uniplanares y rotación de tronco inferior
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: miércoles, 6 de octubre de 2021 2:36:11 p. m. - EDAD: 16 años, 9 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas

TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: movilizaciones pasivas céfalo caudal, ejercicios uniplanares y de flexo extensión en miembros inferiores, se trabaja ejercicios de estabilidad en sedente
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: jueves, 7 de octubre de 2021 2:41:06 p. m. - EDAD: 16 años, 9 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: masaje en columna y miembros inferiores, ejercicios de control cefálico
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: viernes, 8 de octubre de 2021 2:44:17 p. m. - EDAD: 16 años, 9 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Extensores, Flexores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios uniplanares y de flexo extensión en miembros inferiores, ejercicios de agarres y alcances en miembros superiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: sábado, 9 de octubre de 2021 2:50:52 p. m. - EDAD: 16 años, 9 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas

TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios uniplanares y de flexo extensión en miembros inferiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Higiene postural MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: lunes, 11 de octubre de 2021 2:55:04 p. m. - EDAD: 16 años, 9 meses y 8 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 7
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión, Inver y ever
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores, se trabaja ejercicios de control cefálico y estabilidad en sedente
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que finaliza ciclo de terapia física domiciliaria a la valoración final se encontró:
Paciente que continúa con hipotonía generalizada
Mejora control cefálico en sedente
Colabora más en la realización de rolados decúbito lateral a dorsal
Mantiene por más tiempo el sedente mejorando estabilidad
Realiza agarres los mantiene por un periodo prolongado
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775
