	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: Julián Armando Ortiz

DIRECCIÓN: Cll 24 #7-51 Int 6 Apto 2 TELÉFONO: 3152242708

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
23/09/21	4:00 pm	Blanca Ruiz
24/09/21	12:00 pm	Blanca Ruiz
25/09/21	3:00 pm	Blanca Ruiz
26/09/21	3:00 pm	Blanca Ruiz
27/09/21	2:00 pm	Blanca Ruiz
28/09/21	3:00 pm	Blanca Ruiz

Escaneado con CamScanner

JULIAN ARMANDO ORTIZ

CC: 1016012335



Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, miércoles, 22 de septiembre de 2021 22:41:15

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.016.012.335

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JULIAN ARMANDO ORTIZ PEÑUELA
Identificación	TI 1.016.012.335 Edad: 15 años, 0 meses y 13 días
Nacimiento	BOGOTA (CUNDINAMARCA) sábado, 09 de septiembre de 2006
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 24 A # 1 -51 INT 6 SECTOR 2 Teléfono: 3152242708/3209692216
Ocupación	NIÑO
Responsable	BLANCA ROCIO RUIZ Parentesco: MAMÁ Teléfono: 3224602154
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	CONVIDA EPS: AL001 - ALCALDIA DE FUNZA Tipo afiliación: PARTICULAR
Estado civil: SOLTERO	(G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)

Género: Femenino

FECHA CONSULTA: lunes, 13 de septiembre de 2021 10:28:46 p. m. - EDAD: 15 años, 0 meses y 13 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones pasivas, modulación de tono, se trabajan patrones diafragmaticos 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): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria por continuidad, a la valoración inicial se evidencia:

- Paciente con alteración en esferas mentales superiores
- Comunicación alterada
- Se evidencia patrón flexor en miembro superior izquierdo y miembros inferiores de forma bilateral
- Se evidencian contracturas y deformidades en articulación de muñeca izquierda
- Desempeño muscular de 2-/5 según escala de Daniels para miembros superiores e inferiores
- Retracciones musculares severas para isquiotibiales, cuádriceps y gastro soleos de forma bilateral
- No se evidencia edema ni inflamación
- Se evidencia alteración en equilibrio estático y dinámico
- Paciente dependiente total para ejecutar actividades de la vida diaria

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 14 de septiembre de 2021 10:30:07 p. m. - EDAD: 15 años, 0 meses y 13 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, 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
Pasivos, 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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA 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 10:33:29 p. m. - EDAD: 15 años, 0 meses y 13 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 3

Escaneado con CamScanner

CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, 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 Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isométricos, 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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA 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 10:34:13 p. m. - EDAD: 15 años, 0 meses y 13 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones pasivas, modulación de tono, se trabajan patrones diafragmaticos 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): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA 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 10:36:00 p. m. - EDAD: 15 años, 0 meses y 13 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 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
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores,, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, 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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA 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 10:39:37 p. m. - EDAD: 15 años, 0 meses y 13 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones pasivas, modulación de tono, se trabajan patrones diafragmaticos 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): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoracion final se evidencia:

- Paciente con alteración en esferas mentales superiores
- Comunicación alterada
- Se evidencia patrón flexor en miembro superior izquierdo y miembros inferiores de forma bilateral

Escaneado con CamScanner

- Se evidencian contracturas y deformidades en articulación de muñeca izquierda
- Desempeño muscular de 2-/5 según escala de Daniels para miembros superiores e inferiores
- Retracciones musculares severas para isquiotibiales, cuádriceps y gastro soleos de forma bilateral
- No se evidencia edema ni inflamación
- Se evidencia alteración en equilibrio estático y dinámico
- Paciente dependiente total para ejecutar actividades de la vida diaria

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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA 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
RM: 029562

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Julián Armando Ortiz DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1076072335

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
23/09/21	4:00 pm	Paciente inicia ciclo de sesiones de terapia física y de rehabilitación física. Se evidencia alteración en esferas mentales, apraxia y lenguaje, hipotonía en mmss, ageusia mmii en pobre control motriz de fuerza bilateral, reflejos, reflejos patológicos, cronicidad, dependencia moderada de c/s según escala de barthel, acorde con alteración en marcha, cursa dependiente total. FT: Sindy Fernández Rm: 0295682
24/09/21	12:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa asistida en mmss y mmii, diagonales de kabat, movilización de tono en mmss izquierdo, descargas de peso, FT: Sindy Fernández. Rm: 0295682
25/09/21	3:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii, diagonales de kabat, descargas de peso, ejercicios de pinzas y agarre. Se evalúa sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 0295682
26/09/21	3:00 pm	Se realizan estiramientos musculares en mmii de rana pasiva, movilidad pasiva en mmss y mmii, descargas de peso y marchas de tono, se realiza masaje en mmii derecho. FT: Sindy Fernández. Rm: 0295682
27/09/21	3:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii de rana bilateral, descargas de peso y aproximaciones activas, movilización de tono, se evalúa sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 0295682
28/09/21	3:00 pm	Paciente continúa ciclo de sesiones de fisioterapia a la colpuesta final: Se evidencia alteración en esferas mentales, paciente 100% dependiente para ejecutar actividades de la vida diaria, se evidencia patrón marcha en mmss rígido y mmii de rana bilateral, hiperreflexia generalizada en cruciformes, gastrocnemios e isquiotibiales, se evalúa sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 0295682

Escaneado con CamScanner

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no derivara ninguna consecuencia 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) 70% **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: 23/09/21 **Hora** 4:00 pm **N° de terapias:** 6 **Diagnostico:** Parálisis cerebral 16800

Yo Blanca Rocio Ruiz **con documento de identidad:** 35.533.501 **como (parentesco con el paciente)** _____ **en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente)** _____ **con documento de identidad (del paciente)** _____ **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 terapia
Nit. 900.217 648 - 1

Blanca Ruiz
Firma del paciente

Cc 35.533.501

Sindy Fernández
Firma de la terapeuta

Cc. 1073516331 **Registro** 67962

Escaneado con CamScanner

Fecha 23/09/21 hora 4:00 pm N° de terapias 6

Nombre: Julian Bismarck Ortiz Cedula: 70760 335

✓ **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 Blanca Rocio Ruiz Peña con N° de cedula 35'533501

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco mís **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 Ruiz

Firma del paciente o responsable

Escaneado con CamScanner

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

Autorización para el tratamiento de datos personales

Trabajadores de la IPS

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la IPS HUMANA VITAL S.A.S que:

1. HUMANA VITAL S.A.S actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la política de tratamiento de datos personales de HUMANA VITAL S.A.S que se encuentran en la página web www.humanavital.com
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles.
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos en HUMANA VITAL S.A.S y observando la política de tratamiento de datos personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico servicioalcliente@humanavital.com
6. HUMANA VITAL S.A.S garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento.

Cualquier cambio será notificado a través del medio de comunicación que HUMANA VITAL S.A.S considere más adecuado para tal efecto, (por ejemplo correo electrónico, comunicación directa y/o anuncio en nuestra página web)

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a HUMANA VITAL S.A.S para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la IPS y para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales de las compañías. La información obtenida para tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 23/09/21

Firma: Blanca Ruiz

Nombre: _____

Número de Identificación: 35.533.501

Escaneado con CamScanner

1247

	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 Rocio Ruiz identificado con cc 39533301 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: Julian Armando Ortiz IDENTIFICACION 7076072335

FIRMA Blanca Ruiz

FECHA: 23/04/21 HORA: 4:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Adiela Rosario Ortiz IDENTIFICACION 10760 12255

FECHA: 23/09/21 HORA: 4:00 pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR_____ ARL_____

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

Escaneado con CamScanner