1994

	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: Orlando Sarmiento Cardona

DIRECCIÓN: Cra 22 # 12-03 Etapa 2 casa 123 **TELÉFONO:** 8233610 - 3142463923

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
24/09/21	8:00 Am	Orlando SC.
25/09/21	8:00 Am	Orlando SC.
27/09/21	8:00 Am	Orlando SC.
28/09/21	8:00 Am	Orlando SC.
29/09/21	8:00 Am	Orlando SC.
30/09/21	8:00 Am	Orlando SC.

ORLANDO SARMIENTO

CC: 79188403



1996

Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217645 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Orlando Sarmiento Cardona **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 79788403

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
24/09/21	8:00 Am	Paciente inicia ciclo de sesiones por continuidad a la valoración inicial se evidencia: Paciente refiere dolor en miembro inferior derecho en calificación de 7/10 según EVA limitación en rangos de movilidad de manera activa, disminución muscular de 2-3/5 en miembro inferior según escala de daniels. Edema en equimosis dorsal. Reflejos osteotendinosos presentes en hiporreflexia y escalofríos de forma bilateral. Ft. Sindy Fernández. Mp: 2295
25/09/21	8:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii, ejercicios de Kabbat, ejercicios de equilibrio dinamico en apoyo bipodal, fortalecimiento muscular con banda elastica amarilla, se realiza terapia sedativa con frio, se evalua sin complicaciones. Ft. Sindy Fernández. Mp: 2295
27/09/21	8:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii de forma bilateral, diagonales de Kabbat, ejercicios de pinza y agarres, extremidades musculares en miembros inferiores, terapia sedativa con frio. Ft. Sindy Fernández. Mp: 2295
28/09/21	8:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii, diagonales de Kabbat, fortalecimiento muscular con banda elastica amarilla, se realiza terapia sedativa con masaje y frio en espalda. Ft. Sindy Fernández. Mp: 2295
29/09/21	8:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii diagonales de Kabbat, ejercicios de pinza y agarres, fortalecimiento muscular con banda elastica, frio pad cadera y espalda. Ft. Sindy Fernández. Mp: 2295
30/09/21	8:00 Am	Paciente inicia cita de sesiones de fisioterapia, refiere disminución de dolor con calificación de 4/10 según EVA en mmii derecho y escala Roper Leverad equilibrio dinamico, disminución muscular de 4/5 según escala de daniels, refiere leve uso de ayuda técnica ocasional, edema moderado en extremidades de forma intermitente, espasmos ocasionales de miembros a nivel de gemelo derecho. Ft. Sindy Fernández. Mp: 2295

SU

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

1997

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)

- [x] 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: 24/09/21 **Hora** 8:00 pm **N° de terapias:** 6 **Diagnostico:** Coxartrosis mixta

Yo Orlando Sarmiento C **con documento de identidad:** 79'188403 **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.**

Orlando SC

Firma del paciente

Cc 79'188403

Sindy Fernández

Firma de la terapeuta

Cc. 1073236331 **Registro** 029562

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

1998

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

Fecha 24/04/24 hora 8:00AM N° de terapias 6

Nombre: Orlando Sarmiento Cardona Cedula: 79188403

✓ **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 Orlando Sarmiento Cardona con N° de cedula 79'188403 de Bta,

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.

OrlandoSC.

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: 24/09/21

Firma: Orlando S C

Nombre: Orlando Sarmiento C.

Número de identificación: 79'188'402

	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

1000

AUTORIZACIÓN

Yo Orlando Sarmiento C. identificado con cc 79'188403 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollen.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Orlando Sarmiento C. IDENTIFICACION 79188403

FIRMA Orlando SC.

FECHA: 24/09/19 HORA: 8:00 Am ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Orlando Santana **IDENTIFICACION** 79788403

FECHA: 24/09/21 **HORA:** 8:00Am **ALCALDIA** Y **PARTICULAR**____ **ARL**____

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