0513

	PROCESO DE ATENCIÓN 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: Saray luciana rubiche escobar

DIRECCIÓN: Calle 21 # 7B-84 Bellisca TELÉFONO: 3172957532

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
20/09/21	10:00 Am	Sandra Milena Escobar Rubio
21/09/21	10:00 Am	Sandra Milena Escobar Rubio
22/09/21	10:00 Am	Sandra Milena Escobar Rubio
23/09/21	10:00 Am	Sandra Milena Escobar Rubio
24/09/21	10:00 Am	Sandra Milena Escobar Rubio
25/09/21	10:00 Am	Sandra Milena Escobar Rubio
27/09/21	10:00 Am	Sandra Milena Escobar Rubio

SARAY RUBRICHE

RC: 1033121319



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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, jueves, 30 de septiembre de 2021 22:09:10 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.033.121.319**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	SARAY LUCIANA RUBRICHE ESCOBAR
Identificación	RC 1.033.121.319 Edad: 3 años, 6 meses y 9 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) miércoles, 21 de marzo de 2018
Residencia	FUNZA Dirección: CR 24 NRO 12 A 04 Teléfono: 3112957532
Ocupación	HOGAR
Responsable	SANDRA ESCOBAR Parentesco: MADRE Teléfono: 3112957532
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: lunes, 20 de septiembre de 2021 9:53:45 p. m. - EDAD: 3 años, *6 meses y 9 días*

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No refiere

HOSPITALARIOS: No refiere

QUIRURGICOS: Cierre interventricular

Ductus

TRAUMATICOS: No refiere

TOXICO ALERGICOS: No refiere

FARMACOLOGICOS: No refiere

PATOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quie inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitida por alcaldía

DIAGNOSTICO MEDICO:

Paciente con diagnostico medico de retardo en el desarrollo, con un tiempo de evolución de 3 años

OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales y en compañía de familiares

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: 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: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO

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: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Rodillas a bípedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA

ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA

MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO

TRASLADOS: Independiente: SI Ayuda externa: NO Marcha: SI

COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR

EQUILIBRIO DINAMICO: BUENO

EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: BUENO Rodillas: BUENO Bípedo: BUENO

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 retardo en el desarrollo, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías desempeño muscular, coordinación, equilibrio
lo cual la limita levemente para ejecutar actividades de la vida diaria propias de su edad
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores externos, 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 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, 21 de septiembre de 2021 9:59:52 p. m. - EDAD: 3 años, 6 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
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
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO 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 10:01:08 p. m. - EDAD: 3 años, 6 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores,
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO 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 10:02:18 p. m. - EDAD: 3 años, 6 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
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, Aductores, Rotadores internos Rodilla: Extensores, Flexores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: patrones básicos lanzar y atajar
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO 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 10:03:39 p. m. - EDAD: 3 años, 6 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, GLENN DOMAN
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, 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: R620-RETARDO EN DESARROLLO 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 10:04:49 p. m. - EDAD: 3 años, 6 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP

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: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: lunes, 27 de septiembre de 2021 10:05:22 p. m. - EDAD: 3 años, 6 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 7
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, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios excéntricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha, 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, comunicación levemente conservada
- Paciente no refiere dolor
- Retracciones musculares leves 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 conservados para movilidad activa en tren superior e inferior
- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración
- Mejoro equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
- Mejoro propiocepción viso manual

Se recomienda control con médico tratante y continuar realizando los ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO 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 Fernandez
RM: 029562

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Saray Lorena Rubiano **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1033727379

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
20/09/22	10:00 Am	Paciente inicia cita de sesiones de fisioterapia a la valoración inicial se evidencia: Paciente alerta, comunicativa orientada, leve alteración en equilibrio dinámico, rangos de movilidad conservados, desempeño muscular de 2/5 según escala de daniels, leve alteración en propiocepción neuromuscular y respectiva. Ft: Sindy Fernández Rm: 029582
21/09/22	10:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad activa en miss y mmii, diagonales de facilitación y propiocepción neuromuscular, ejercicios de lanzar y atajar, se realiza sin complicaciones. Ft: Sindy Fernández Rm: 029582
22/09/22	10:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad activa en miss y mmii, ejercicios pliométricos, fortalecimiento muscular con banda elástica amarilla, patrones básicos lanzar y atajar, se realiza sin complicaciones. Ft: Sindy Fernández Rm: 029582
23/09/22	10:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad activa en miss y mmii de pared a pared-agarrada, ejercicios de patrones básicos con lanzar y atajar, descargas de gets. Ft: Sindy Fernández Rm: 029582
24/09/22	10:00 Am	Se realizan ejercicios de agnes y prensas, diagonales de facilitat, fortalecimiento con banda elástica amarilla, abdominales musculares se realiza sin complicaciones. Ft: Sindy Fernández Rm: 029582
26/09/22	10:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad activa en miss y mmii, diagonales de facilitat, fortalecimiento con banda elástica amarilla, patrones básicos lanzar y atajar. Ft: Sindy Fernández Rm: 029582
27/09/22	11:00 Am	Paciente asiste cita de sesiones de fisioterapia, a la valoración final se evidencia paciente alerta, comunicativa orientada, sigue ordenes y comanda de manera eficaz, rangos de movilidad conservados, fortalecimiento muscular con gomas elásticas, desempeño muscular de 2/5 según escala de daniels. Ft: Sindy Fernández Rm: 029582

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

0523

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1033721379 Fecha de ingreso: 20/09/23
Apellidos Rubiche Nombres Samy Lucuria
Documento de identidad: Tipo: Rc Numero: 1033721379 Sexo: F X M
Fecha de nacimiento: Día: 27 Mes: 03 Año: 2018 Estado civil: soltera
Municipio: Funza Barrio: Bellavista Dirección: Calle 27 # 76-84
teléfono fijo: N.R Móvil: 3172952532 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: N.R
EPS: Famisanar Contributivo: ___ Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Retardo neurodesarrollo CIE10 R620 Nº terapias 6
Acompañante: Sandra Escobar Parentesco: mama Teléfono 3172952532

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: Cardiovascular

Exámenes diagnósticos realizados: Resonancias

Atención de médicos especialistas: Pediatra, general, genetista, neurología

Tratamientos realizados: 7u días cirugía intraventricular, duchas 2 veces en cama

Recomendaciones:

Resumen: "Todo el embarazo bien, hasta que golpeo cordon umbilical, ella se estaba ahogando, tuvo Cardiopatía 5 neumonias

ANTECEDENTES:

Patológicos: No Traumáticos: NO
Toxico - alérgicos: NO Quirúrgicos: Cirugía intraventricular, duchas
Infecciosos: NO Farmacológicos: —

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: —

Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: S.A

Sensibilidad profunda: S.A

Espasmo: S.A Edema: S.A Inflamación: S.A

05_0

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

Retracciones Musculares: Isq. gastrocnemios, cuadriceps

Atrofias musculares: gemelar izq

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: NO

Esferas mentales superiores: Conservadas

Nivel de conciencia: Conservado

Memoria: Conservada

Lenguaje: Pocas palabras

PRAXIAS	
Constructiva	✓
Marcha	✓
Vestirse	✓
Buco – linguo – facial	✓
Escritura	—

Movimientos involuntarios patológicos: Ocasionalmente

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

Movilidad articular:

Hemicuerpo izquierdo limitado levemente

Coordinación: levemente afectado

Equilibrio: levemente afectado

Postura o actitud postural: Sedente, bipedo

Otros sistemas: —

Observaciones:

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con deficit neuromuscular en plexo sensitivo motor, coordinación, de la hemicuerpo izquierdo a especificar secuelas de la vida diaria

Firma terapeuta: Sindy Fernández Registro: 029562

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: 20/09/23 Hora 10:00 am N° de terapias: 6 Diagnostico: Retardo desarrollo

Yo Sandra Milena Escobar con documento de identidad: 1073517676 como (parentesco con el paciente) mamá en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Sarah Luciana Robriche con documento de identidad (del paciente) 1033121219 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 terapias
Nit. 900.217 648 - 1

Sandra Milena Escobar

Firma del paciente

Cc 1073517676

Sindy Fernández

Firma de la terapeuta

Cc. 1033576337 Registro 029562

1523

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

Fecha 20/09/21 hora 7:00 AM N° de terapias 7

Nombre: Sany Luciana Rubiche Cedula: 1033727379

✓ **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 Sandra Milena Escobar Rubio con N° de cedula 1073517676

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.

Sandra Milena Escobar R.

Firma del paciente o responsable

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

Autorización para el tratamiento de datos personales

Trabajadores de la IPS

0523

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: Sandra Milea Escobar Rubio

Nombre: Sandra Milea Escobar Rubio

Número de identificación: 1073517676

	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 Sandra Milena Escobar identificado con cc 1073517576 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: Saray Luana Rueda IDENTIFICACION 1033122379

FIRMA Sandra Milena Escobar R.

FECHA: 20/09/21 HORA: 10:00 Am ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

053

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Sandy Liviana Rbáñez **IDENTIFICACION** 7033237319

FECHA: 20/09/21 **HORA:** 10:00am **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR**____ **ARL**____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Sandra Milena Escobar R.
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Sandra Milena Escobar R
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Sandra Milena Escobar R.
PLAN CASERO	Sandra Milena Escobar R.
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Sandra Milena Escobar R

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 20/09/21 HORA: 10:00am

NOMBRE DEL PACIENTE: Sara y Lucia Ubaiche Cédula: 1033123319

DIAGNOSTICO: Retardo en el desarrollo

DIRECCIÓN: calle 21 # 26-84

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
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: ✓

Datos del evaluador:

NOMBRE: Sindy Fernández Cedula: 1073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Sandra Milena Escobar R. Cedula: 1073517676

Parentesco del paciente: mamá Firma: Sandra Milena Escobar R.

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0	0
	SI Puntaje 25	
Diagnostico secundario	NO Puntaje 0	0
	SI Puntaje 15	
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermeria • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0	30
	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	1x0
	Puntaje 10	
	Puntaje 20	
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0	15
	Puntaje 15	
	TOTAL	55