	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

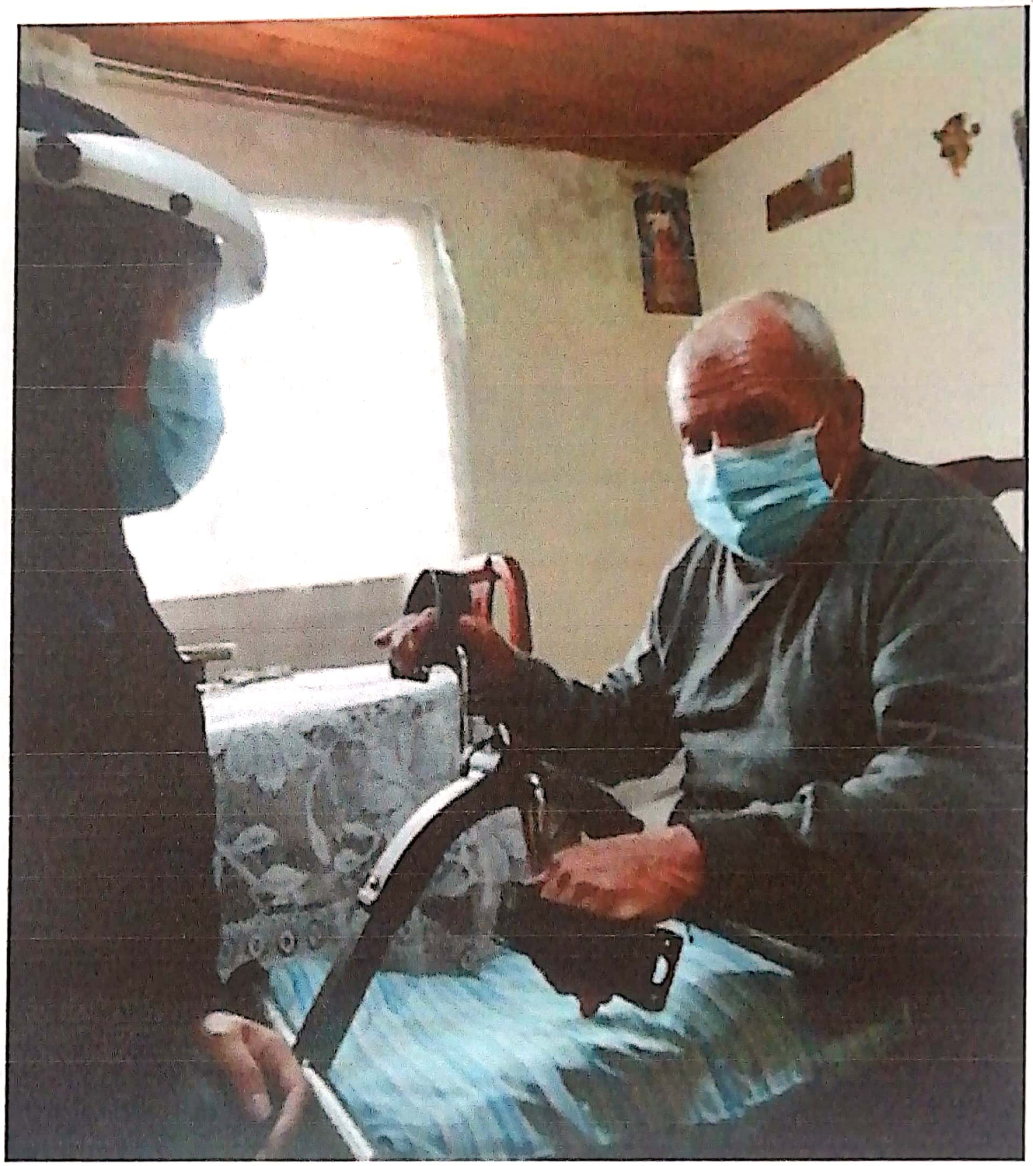
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ubaldo Gomar Gomez

DIRECCIÓN: Cra 6 # 24A-45 Int 7 TELÉFONO: 3153061256

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
20/09/21	3:00 pm	
27/09/21	11:00 Am	
22/09/21	3:00 pm	
23/09/21	9:00 Am	
24/09/21	10:00 Am	
25/09/21	10:00 Am	

UBALDO GOMEZ GOMEZ

CC: 401174



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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, jueves, 30 de septiembre de 2021 22:11:26 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 401.174**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	UBALDO GOMEZ GOMEZ
Identificación	CC 401.174 Edad: 76 años, 1 meses y 17 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) lunes, 13 de agosto de 1945
Residencia	FUNZA Dirección: CR 6 NRO 24 A 45 Teléfono: 00
Ocupación	HOGAR
Responsable	- Parentesco: - Teléfono: .....
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: AL001 - ALCALDIA DE FUNZA 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 9:38:50 p. m. - EDAD: 76 años, 1 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, 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: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria por continuidad a la valoración inicial se evidencia:

- Paciente quien refiere dolor en miembro superior derecho con calificación de 7/10 según EVA
- Se evidencia alteración en rangos de movilidad en CADERA -> FLEXION: derecho: 40° FLEXION: izquierdo: 40° EXTENSION: derecho: 10° EXTENSION: izquierdo: 10° Abd: derecho: 30° Abd: izquierdo: 30° Dad: derecho: -10° Dad: izquierdo: 0
RODILLA -> FLEXION: derecho: 60° FLEXION: izquierdo: 60° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: -10°
- Se evidencian retracciones musculares severas en gastro soleos, isquiotibiales y cuádriceps
- Desempeño muscular de 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de tren superior e inferior
- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración
- Se evidencia alteración equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 21 de septiembre de 2021 9:45:38 p. m. - EDAD: 76 años, 1 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, 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
Activos, 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: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA 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 9:46:47 p. m. - EDAD: 76 años, 1 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, 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
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, 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: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA 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 9:47:00 p. m. - EDAD: 76 años, 1 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Extensores, Extensores, Flexores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
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: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA 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 9:49:12 p. m. - EDAD: 76 años, 1 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien ingresa en óptimas condiciones generales, se realiza terapia sedativa (electroterapia, masoterapia). Se realizan estiramientos en tren superior. Se trabaja propiocepcion. Paciente sale 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: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA 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 9:50:19 p. m. - EDAD: 76 años, 1 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente quien refiere disminución de dolor en miembro superior derecho con callficación de 5/10 según EVA
- Se mantienen rangos de movilidad según calificación inicial CADERA -> FLEXION: derecho: 40° FLEXION: izquierdo: 40° EXTENSION: derecho: 10° EXTENSION: izquierdo: 10° Abd: derecho: 30° Abd: izquierdo: 30° Dad: derecho: -10° Dad: izquierdo: 0
RODILLA -> FLEXION: derecho: 60° FLEXION: izquierdo: 60° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: -10°
- Continúan retracciones musculares severas en gastro soleos, isquiotibiales y cuádriceps
- Desempeño muscular de 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de tren superior e inferior
- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración
- Mejoro levemente equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
- Mejoro propiocepción viso manual

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: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA 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

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217643 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Ronald Gomez Gomez DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 401774

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
20/9/24	3:00 pm	Paciente inicia ciclo de sesiones de psicoterapia a la valoración inicial se evidencia: Refiere dolor en mmss derecho y abducción de hombros de forma bilateral, episodios previos en gimnasio, cuclillas, palmer mayor, dolor de medio, abducción en gimnasio dinámico, fuerza con alteración en rotación y balance, desempeño muscular de 2/5 según escala de ganals en mmss y mmii de forma bilateral. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
24/9/24	11:00 am	Paciente inicia con episodios de molestia anclar en mmss y mmii de forma cubital-radial, diagnostico de tendinitis, tratamiento manejo con banda elastica amarilla, terapia ocupacional en mmss derecho. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
22/9/24	3:00 pm	Se realizan episodios de molestia anclar en mmss y mmii diagnostico de tendinitis. Tratamiento manejo con banda elastica amarilla, terapia ocupacional con tens, se evalua sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
23/09/24	9:00 am	Se realizan episodios de molestia anclar en mmss y mmii, diagnostico de tendinitis, episodios de pinzas y agarres, ejercicios activos-asistidos en toalla humeda, terapia ocupacional con tens. FT: Sindy Fernández. Rm: 029562
24/09/24	10:00 am	Se realizan episodios de molestia anclar en mmss y mmii, Se realizan diagnostico de tendinitis, tratamiento manejo con bolas, terapia ocupacional con tens y termoterapia. FT: Sindy Fernández Rm: 029562
25/09/24	10:00 am	Paciente inicia ciclo de sesiones de psicoterapia se evidencia paciente no refiere dolor, se evidencia limitación en el patrón de marcha y agarre dinamico y pinzas de molestia se mantienen signos constantes, mental, desempeño motor se mantiene en 2/5 según escala de ganals, terapia ocupacional pinzas y agarres no se evidencia edema ni inflamación. FT: Sindy Fernández. Rm: 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 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)

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

Se espera obtener de la terapia:

- [x] Disminución del dolor
- [x] Aumento de arcos de movilidad articular
- [x] Incremento de la fuerza muscular
- [x] Mejorar estabilidad articular
- [ ] Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 30% 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: 3:00pm Nº de Terapias: 6 Diagnóstico: M169 / coxartrosis

Yo Claudio Gómez Gómez con documento de identidad: 407734

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. 407734

Sindy Fernández

Firma profesional

CC. 1073576331 RP 029562

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

Fecha 20/09/21 hora 3:00pm N° de teraplas 6

Nombre: Ubaldo Gómez Gómez Cedula: 402734

✓ **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 Ubaldo Gómez Gómez con N° de cedula 402734

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

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: _____

Número de identificación: 40777-4

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

0543

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ubaldo Gomez IDENTIFICACION 401774

FECHA: 20/09/21 HORA: 3:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

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

	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 Oscar Gómez Gómez identificado con cc 407774 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: Oscar Gómez IDENTIFICACION 407774

FIRMA _____

FECHA: 20/04/19 HORA: 3:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR _____ ARL _____