	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		
Humana Vital S A S	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSIÓN: 01	CÓDIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACIÓN: MAYO 2019 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2019

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Yesica andrea Uribe Soto

DIRECCIÓN: Cra 8 # 72-81 **TELÉFONO:** 3229749359

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
20 /09/21	9:00 Am	Yesica Uribe S.
21 /09/21	9:00 Am	Yesica Uribe S.
22 /09/21	9:00 Am	Yesica Uribe S.
23 /09/21	9:00 Am	Yesica Uribe S.
24 /09/21	9:00 Am	Yesica Uribe S.
25 /09/21	9:00 Am	Yesica Uribe S.
27 /09/21	9:00 Am	Yesica Uribe S.

YESICA ANDREA URIBE

CC: 1073509382



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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, sábado, 02 de octubre de 2021 05:47:30

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.073.509.382

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	YESICA ANDREA URIBE SOTO
Identificación	CC 1.073.509.382 Edad: 31 años, 3 meses y 28 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (TOLIMA) lunes, 04 de junio de 1990
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 8 # 12 - 81 Teléfono: 3229149359
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	MIGUEL SORIANO Parentesco: PAREJA Teléfono: 3202566305
Acompañante	Parentesco: Teléfono:
Entidad	ALCALDIA EPS: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo afiliación: PARTICULAR

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

FECHA CONSULTA: lunes, 20 de septiembre de 2021 5:28:19 a. m. - EDAD: 31 años, 3 meses y 28 días

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No refiere

HOSPITALARIOS: No refiere

QUIRURGICOS: Reemplazo total de cadera
Osteotomía de fémur

TRAUMATICOS: Caídas múltiples

TOXICO ALERGICOS: No refiere

FARMACOLOGICOS: Levotiroxina
Acetaminofén
Enoxaparina

PATOLOGICOS: Luxación de rotula recurrente
Valgo de rodilla derecha
Sobrepeso

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

DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de gonartrosis, con un tiempo de evolución de 20 años

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

DOLOR: Manifiesta SI
Localización: ingle derecha y articulación de rodilla derecha Intensidad: 4/10 según Eva Frecuencia: Constante

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
CADERA -> FLEXION: derecho: 50° FLEXION: izquierdo: 80° EXTENSION: derecho: 10° EXTENSION: izquierdo: 10° Abd: derecho: 30° Abd: izquierdo: 40°
RODILLA -> FLEXION: derecho: 50° FLEXION: izquierdo: 60° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: 0

EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Extensión Musculo: Glúteo mayor Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Abducción Musculo: Sartorio, Glúteo medio Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2
Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps crural, Semitendinoso, Semimembranoso Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2

RETRACCIONES
Cadera: Psoas iliaco Severo
Rodilla: Bíceps crural Moderado
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA LATERAL: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Lordosis cervical: NORMAL Cifosis dorsal: NORMAL Lordosis lumbar: NORMAL Pelvis: NORMAL Abdomen: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas
COORDINACION: Fina (viso manual): BUENA Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: REGULAR

TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: Realiza Balanceo de brazos: RealizaDiagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnostico medico de gonartrosis, presenta alteracion en los dominios osteomuscular en las categorías de rangos de movilidad articular, desempeño muscular, marcha locomoción y balance
lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, 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, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): valoración 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 5:35:46 a. m. - EDAD: 31 años, 3 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Flexores Hombro: Extensores, Abductores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Abductores, 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, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, 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 5:36:45 a. m. - EDAD: 31 años, 3 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien ingresa en óptimas condiciones generales, se realiza terapìa sedativa (termoterapia, electroterapia). Se realizan estiramientos en tren superior e inferior . Se trabaja propiocepción. 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: M179-GONARTROSIS, 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 5:37:51 a. m. - EDAD: 31 años, 3 meses y 28 días

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos 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, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA 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 5:39:53 a. m. - EDAD: 31 años, 3 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Aductores Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Flexores, Extensores, Aductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
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: M179-GONARTROSIS, 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 5:40:08 a. m. - EDAD: 31 años, 3 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente se encuentra en optimas condiciones generales, El objetivo de la terapia recuperar arcos de movilidad completos e indoloros, recuperar fuerza. Se prepara al paciente para la terapia con medios físicos Utilizamos electroestimulación para trabajar musculatura, empleamos técnicas de energía muscular, mejoramos la fuerza y resistencia en cuádriceps. ejercicios propioceptivos. Estiramientos. Paciente sale en buenas condiciones de terapia.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA 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 5:43:57 a. m. - EDAD: 31 años, 3 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
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 asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente refiere "que persiste dolor en articulación de rodillas de predominio derecho con calificación de 4/10 según EVA
- Dolor que se exacerba al movimiento y durante el patrón de marcha
- Rangos de movilidad se mantienen según calificación inicial CADERA -> FLEXION: derecho: 50° FLEXION: izquierdo: 80° EXTENSION: derecho: 10° EXTENSION: izquierdo: 10° Abd: derecho: 30° Abd: izquierdo: 40°
RODILLA -> FLEXION: derecho: 50° FLEXION: izquierdo: 60° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: 0
- Retracciones musculares continúan moderadas para isquiotibiales, gastro soleos y severas para cuádriceps de forma bilateral
- Se mantienen desempeño muscular de 2-/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros inferior derecho y calificación de 2/5 según Daniels en miembro inferior izquierdo
- No se evidencia edema
- Se evidencia inflamación de 1cm en rodilla derecha
- Trofismo muscular sin alteración
- Se evidencia valgo de rodilla derecho
- Se mantiene alteración en equilibrio dinámico

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: M179-GONARTROSIS, 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 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Yesica Andrea Uribe Soto DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073509382

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
20/09/23	9:00 Am	Paciente inicia acto de terapia física a la valoración inicial se evidencia: paciente con alteración en marcha, locomoción y balance, refiere dolor en miembro inferior derecho con calificación de 4/10 según Eva, el cual se exacerba al realizar flexión de rodilla y movilidad de rodilla, retracciones severas en isquiotibiales, aductores, gastrosoleos, disminución muscular de 2/5 en miembros superiores y 2/5 en miembros inferiores, alteración en equilibrio dinámico y propiocepción bipodálica. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
21/09/23	9:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular activa en MMSS y MMII, diagonales de Kabat, fortalecimiento muscular con balón, ejercicios en isquiotibiales y gastrosoleos, tens en MMII derecho. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
22/09/23	9:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular activa en MMSS y MMII, diagonales de Kabat, fortalecimiento muscular con bandas elásticas amplitud, estiramientos musculares, terapia sedativa con tens en MMII derecho. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
23/09/23	9:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular en MMSS y MMII, diagonales de Kabat, fortalecimiento muscular con bandas elásticas verde y banda, terapia sedativa con tens. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
24/09/23	9:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular en MMSS y MMII de forma activa - asistida, diagonales de Kabat, estiramientos musculares, descarga de peso. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
25/09/23	9:00 Am	Se realizan ejercicios de movilidad articular en MMSS y MMII, diagonales de Kabat, fortalecimiento muscular con banda elástica amplia, estiramientos musculares, tens en MMSS, MMII derecho. FT: Sindy Fernández. RM: 029562
27/09/23	9:00 Am	Paciente acude a acto de terapia física, se evidencia paciente con condición de sobrepeso, rangos de movilidad se mantienen según calificación inicial, disminución muscular de 2/5 en MMSS y 2/5 en MMII de forma bilateral refiere que persiste dolor predominio en MMII derecho con calificación de 4/10 según EVA, se realiza sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. RM: 029562

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

HISTORIA CLINICA PARA MIEMBROS INFERIORES

Historia Nº: 1073509382 Fecha de ingreso: 20/09/21
Apellidos Ubbe Soto Nombres Yesica Andrea
Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 1073509382 Sexo: F X M
Fecha de nacimiento: Día: 4 Mes: Enero Año: 1990 Estado civil: Unión libre
Municipio: Ibague Barrio: Señorelida Dirección: Cra 8 # 72-87
teléfono fijo: Nip Móvil: 3229149359 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: N.R
EPS: Convida Contributivo: ___ Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Gonartrosis CIE10 ___ Nº terapias 7
Acompañante: Miguel Soriano Parentesco: Pareja Teléfono 3207566305

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 de reconocimiento de enfermedad general: Desde los 17 años
Clínica de atención primaria: clínica tolima
Exámenes diagnósticos realizados: TAC, resonancia, radiografia
Atención de médicos especialistas: Ortopedista, cirujano
Tratamientos realizados: Reemplazo total de cadera, osteotomia en femur
Recomendaciones: —
Resumen: me van a hacer cirugía química y ligamentoplastia

ANTECEDENTES:

Patológicos: luxación rotula, valgo rodilla derecha Traumáticos: caidas multiples
Toxico-alergicos: NO Quirúrgicos: RTC, osteotomia Infecciosos: NO
Farmacológicos: levotiroxina, acetaminofen, enoxaparina

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: Ingle derecha y aplicación de rodilla
Y pasón de maleta Escala Análoga Verbal 9/10
Sensibilidad Superficial: S.A Espasmo: —
Edema: — Inflamación: —
RetraccionesMusculares: Sueven gastrocnemios, aductores, isquiotibiales

Longitud de miembros inferiores Real y aparente: 3 cm de diferencia
Marcha: Fase de apoyo; choque de talón ___ Pie sobre el plano: ___ Postura intermedia ___ Impulso. Fase de balanceo; aceleración ___ oscilación ___ Desaceleración: ___.
Adltamentos para la marcha: baston
Propiocepcion: Alterada

Maniobras especiales: S.A

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

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CADERA	
50°	Flexión	80°
20°	Extensión	20°
30°	Abducción	40°
0	Aducción	0
20	Rotación interna	20°
20°	Rotación externa	20
	RODILLA	
50°	Flexión	60°
70°	Extensión	0
	PIE	
	Dorsiflexión	
/	Plantiflexión	/
	Invesión	
	Eversión	

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	Músculos	Izquierdo
	CADERA	
	Psoas mayor	
	Iliaco	
	Sartorio	
	Glúteo mayor	
2/5	Glúteo mediano	
	Glúteo menor	2/5
	T.F.L	
	ADD	
	R.E.C	
	R.I.C	
	RODILLA	
	Cuádriceps	
	Isquiotibiales	2/5
2/5	**TOBILLO**	
	Gastrosoleos	
	Tibial Anterior	
	Tibial Posterior	
	Peroneros	
	PIE	
	Ext. Común de los dedos	
/	Ext. Propio del hallux	/
	Flexor común de los dedos	
	Lumbricales, flexor corto del hallux	

Pruebas complementarias:

Piel: S.A

Faneras: S/A

Trofismo muscular: S.A

OBSERVACIONES / / /

DIAGNOSTICO TERAPÉUTICO: Accidente con artrosis en dominio osteomuscular en miembro de miembro derecho, muscular, marcha, deslizamiento a seguir controlados de rutina diaria

FIRMA TERAPEUTA: Sindy Fernández Registro: 079562

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: 20/09/22 Hora: 9:00AM Nº de Terapias: 7 Diagnóstico: Bursitis

Yo Yesica Andrea Uribe Soto con documento de identidad: 1.073.509.382

En calidad de paciente después de leído este documento autorizo al fisioterapeuta de HUMANA VITAL S.A.S a realizar el tratamiento propuesto.

Yesica Uribe S. — Firma paciente

cc. 1.073.509.382

Sindy Fernández — Firma profesional

CC. 1073576377 RP 093562

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

Fecha 20/9/21 hora 9:00am N° de terapias 7

Nombre: Yesica Andrea Uribe Cedula: 1073509382

✓ **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 Yesica Andrea Uribe Sato con N° de cedula 1.073.509.382

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.

Yesica Uribe S.

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: 20/09/22

Firma: Yesica Uribe S.

Nombre: Yesica Andrea Uribe Soto

Número de identificación: 1.093.509.382

	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 Yesica Andrea Uribe Soto identificado con cc 1.093.509382 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: Yesica Uribe IDENTIFICACION 1093509382

FIRMA Yesica Uribe S.

FECHA: 20/09/21 HORA: 9:00Am ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Yesica Uribe IDENTIFICACION 7073509382

FECHA: 20/09/22 HORA: 9:00am ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Yesica Uribe S.
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Yesica Uribe S.
POLITICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Yesica Uribe S.
PLAN CASERO	Yesica Uribe S.
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Yesica Uribe S.

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 20/04/22 HORA: 9:00 Am

NOMBRE DEL PACIENTE: Yesica Andrea Uribe Cédula:

DIAGNOSTICO: Coxartrosis

DIRECCIÓN: Cra 8 # 72-87

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: 7073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Yesica Andrea Uribe S Cedula: 1.073.509.382

Parentesco del paciente: Firma: Yesica Uribe S.

Escala de MORSE

ITEM	ESCALA	PUNTAJE
Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses	NO Puntaje 0	
	SI Puntaje 25	25
Diagnostico secundario	NO Puntaje 0	
	SI Puntaje 15	0
Ayuda para deambular: ◦ Reposo en cama/ asistencia de enfermería ◦ Bastón/muletas/caminador. ◦ Se apoya en los muebles.	Puntaje 0	
	Puntaje 15	30
	Puntaje 30	
Vía Venosa	NO Puntaje 0	
	SI Puntaje 20	0
Marcha: ◦ Normal/en reposo/sin dolor ◦ Débil ◦ Alterada/ requiere asistencia	Puntaje 0	
	Puntaje 10	10
	Puntaje 20	
Consciencia-estado mental: ◦ Consiente de sus capacidades y limitaciones ◦ No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0	0
	Puntaje 15	
	TOTAL	65