	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: Yibeth Carolina Vergara Sanchez

DIRECCIÓN: Cra 70 #72-77

TELÉFONO: 3208027757

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
23/09/21	4:00 pm	Leidy Sánchez
24/09/21	4:00 pm	luz mary sanchez
25/09/21	2:00 pm	Leidy Sánchez
26/09/21	2:00 pm	Leidy Sánchez
27/09/21	2:00 pm	luz mary sanchez
28/09/21	2:00 pm	luz mary sánchez

YIBETH CAROLINA VERGARA

CC: 103559135



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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, viernes, 24 de septiembre de 2021 05:19:25 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.003.559.135**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	**YIBETH CAROLINA VERGARA SANCHEZ**
Identificación	**CC 1.003.559.135 Edad: 19 años, 10 meses y 20 dias**
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) domingo, 04 de noviembre de 2001
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 10 # 12 - 07 Teléfono: 3208027757
Ocupación	9998 - NO APLICA
Responsable	NO REFIERE Parentesco: NO REFIERE Teléfono: NO REFIERE
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: Femenino

FECHA CONSULTA: lunes, 13 de septiembre de 2021 5:07:07 a. m. - EDAD: 19 años, 10 meses y 20 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: Ranitidina
FARMACOLOGICOS: Carbamacepina
Acido valproico
PATOLOGICOS: Epilepsia

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitida por alcaldía, cuidadora refiere " Le dio un derrame craneal cuando tenía un mes"
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de epilepsia, con un tiempo de evolución de 19 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales y en compañía de familiares
ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: ALTERADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: ALTERADA Táctil: ALTERADA Auditiva: ALTERADA Gustativa: ALTERADA Olfativa: ALTERADA
PRAXIAS Ideacional: ALTERADA Ideomotora: ALTERADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: ALTERADA
Comunicación: ALTERADA Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: ALTERADA Dolor: ALTERADA Temperatura: ALTERADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: ALTERADA Vibración: ALTERADA Propiocepción: ALTERADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: ALTERADA Esterognosia: ALTERADA Topognosia: ALTERADA Grafestesia: ALTERADA Discriminación 2 puntos: ALTERADA
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: NO ADOPTA Cuadrúpedo a rodillas: NO ADOPTA Rodillas a bípedo: NO ADOPTA
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: NO Ayuda externa: NO Marcha: SI
COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR 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: 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 epilepsia, presenta alteracion en los dominios neuromuscular en las categorias de rangos de función motora, alerta atención y cognición cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Extensores, Flexores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, ROOD
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Isometría, 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, 14 de septiembre de 2021 5:12:14 a. m. - EDAD: 19 años, 10 meses y 20 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación, Supinación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Aductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Inver y ever, 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: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 5:13:18 a. m. - EDAD: 19 años, 10 meses y 20 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores Internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isométricos, 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: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 5:14:51 a. m. - EDAD: 19 años, 10 meses y 20 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Supinación, Pronación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, , Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se promueve patron de marcha con desplazamientos anteriores y lateral
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, 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: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 5:15:48 a. m. - EDAD: 19 años, 10 meses y 20 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Supinación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, 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: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 5:16:55 a. m. - EDAD: 19 años, 10 meses y 20 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 6
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 Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

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

Pasivos, 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 con alteracion en esferas mentales superiores
- Comunicacion alterada
- Continúan retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, gastro soleos y cuádriceps de forma bilateral
- Continua desempeño muscular de 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores e inferiores
- Rangos de movilidad conservados para movilidad pasiva 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 con Fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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: Yibeth Carolina Vergara DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1003554735

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
23/09/21	4:00 pm	Paciente inicia alta de terapia física en la valoración inicial se evidencia alteración en ejercs. Marcha Sensitivo, alteración en comunicación, Barthel realiza marcha independiente, refiere dolor moderado en hombros y caderas, rangos de movilidad conservados a la movilidad gruesa. Ft: Sindy Fernández. Rm: 0295682
24/09/21	4:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad pasiva en mmss y mmii, diagonales de inhibición, descargas de peso y aproximaciones óseas articulares cambio de postura, Ft: Sindy Fernández. Rm: 0295682
25/09/21	2:00 pm	Se realizan estiramientos, masajes en mmss y mmii de forma suave, descargas de peso, manejo en mmss de forma bilateral. Ft: Sindy Fernández. Rm: 0295682
26/09/21	2:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii de forma bilateral. ejercicios de marcha con desplazamientos anteriores y laterales. Ft: Sindy Fernández. Rm: 0295682
27/09/21	2:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad activa en mmss y mmii, diagonales de inhibición, ejercicios de estabilidad con banda elástica amarilla descargas de peso, Ft: Sindy Fernández. Rm: 0295682
28/09/21	2:00 pm	Paciente inicia ciclo de sesiones de fisioterapia a la cohorte anual: paciente con alteración en ejercs marcha Sensitivo, alteración en comunicación, rangos de movilidad conservados a la movilidad pasiva, fuerza realiza marcha independiente, refiere masajes de suave a moderados en hombros, generales y espalda baja. Ft: Sindy Fernández. Rm: 0295682

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1003559135 Fecha de ingreso: 13/09/21
Apellidos Reyes Sanchez Nombres Yaneth Carolina
Documento de Identidad: Tipo: CC Numero: 1003559135 Sexo: F X M
Fecha de nacimiento: Día: 4 Mes: Nov Año: 2001 Estado civil: Soltera
Municipio: Funza Barrio: centro Dirección: Cra 10 #12-17
teléfono fijo: N.R Móvil: 3208227757 Correo electrónico: N.R
Empresa: N.R Ocupación: N.R
EPS: Cosalud Contributivo: ___ Subsidiado: ✓
Diagnóstico: Sindrome mental Organico / epilepsia CIE10 G409 Nº terapias 6
Acompañante: Leidy Sanchez Parentesco: Hermana Teléfono 3202912963

Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldia

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: Hospital Fusagasuga

Exámenes diagnósticos realizados: Tac, resonancia

Atención de médicos especialistas: Neurólogo, pediatra, psiquiatra

Tratamientos realizados: —

Recomendaciones: —

Resumen: "le dió un derrame cerebral cuando tenia un mes"

ANTECEDENTES:

Patológicos: epilepsia Traumáticos: NO
Toxico - alérgicos: Ranitidina Quirúrgicos: NO
Infecciosos: NO Farmacológicos:
Carbamazepina, acido valproico

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:
NO REFIERE Escala Análoga Verbal —

Sensibilidad Superficial: —

Sensibilidad profunda: —

Espasmo: — Edema: — Inflamación: —

0330

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

Retracciones Musculares: Sureas cuadriceps, gemelares, isquiotibiales,

Atrofias musculares: S.A

Tono: S.A

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 requiere

Esferas mentales superiores: alteradas

Nivel de conciencia: alterada

Memoria: alterada

Lenguaje: alterada

PRAXIAS	
Constructiva	✓
Marcha	✓
Vestirse	asistencia
Buco – linguo – facial	✓
Escritura	no

Movimientos involuntarios patológicos:

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

No presenta

Movilidad articular:

Conservada a la valoración previa

Coordinación: alterada

Equilibrio: alterado

Postura o actitud postural: Sedente, bipedo

Otros sistemas: —

Observaciones:

/ /

Diagnostico Fisioterapéutico: Paciente con alteración en dominio neuromuscular en tonos motor, alerta, atención y cognición que le limitan a ejecutar sus propias de su edad.

Firma terapeuta: Sindy Fernández Registro: 032562

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: 13/09/21 Hora 4:00pm N° de terapias: 6 Diagnostico: Retardo mental

Yo Leidy Johanna Sánchez con documento de identidad: 1073517217 como (parentesco con el paciente) Hermana en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) Yibeth Vergara con documento de identidad (del paciente) 1003559135 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

Leidy Sánchez
Firma del paciente
Cc 1073517217

Sirly Fernández
Firma de la terapeuta
Cc. 1073516351 Registro 152562

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

Fecha 13/09/27 hora 4:00pm N° de terapias 6

Nombre: Yiseth Carolina Ucigura Cedula: 7002559735

✓ **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 Leidy Johanna Sánchez con N° de cedula 1073511217

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.

Leidy Sánchez

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: 23/09/21

Firma: Leidy Sánchez

Nombre: Leidy Johanna Sánchez

Número de identificación: 1073517217

	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 Leidy Johanna Sánchez identificado con cc 1073517217 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: Yibeth Catalina Vega IDENTIFICACION 1003559735

FIRMA Leidy Sánchez

FECHA: 23/09/21 HORA: 4:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

0305

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Reminder

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Yibet Carolina Vergara IDENTIFICACION 1003559735

FECHA: 25/09/21 HORA: 4:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

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

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 23/09/21 HORA: 4:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Yibeth Carolina Vergara Cédula: 7003557735

DIAGNOSTICO: Retardo mental / epilepsia

DIRECCIÓN: Cra 10 # 12-77

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 Acevedo Cedula: 7033576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Leidy Johanna Sánchez Cedula: 1073517217

Parentesco del paciente: Hermana Firma:

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

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 enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0	0
	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	10
	Puntaje 10	
	Puntaje 20	
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0	15
	Puntaje 15	
	TOTAL	25