1965

	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: Gilma Cecilia Hernandez

DIRECCIÓN: Cll 14A #17A-22 TELÉFONO: 3194092931

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
05/10/21	17:00	Gilma Hernández
06/10/21	15:00	Gilma Hernández
07/10/21	15:00	Gilma Hernández
08/10/21	13:00	Gilma Hernández
11/10/21	17:00	Gilma Hernández
12/10/21	16:00	Gilma Hernández

Escaneado con CamScanner

- 0966

GILMA HERNÁNDEZ

39736881



Escaneado con CamScanner

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Elma Cecilia Hernandez **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 39736881

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
05/10/21	17:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza valoración inicial y se brinda información del servicio. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gaviria
06/10/21	16:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de motricidad fina, trabajando agarre de pinza, atención y planeación. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gaviria
07/10/21	11:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de discriminación visual atención y tolerancia a la actividad. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gaviria
08/10/21	13:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de asociación atención y concentración. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gaviria
11/10/21	17:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de agarre trípode, fuerza en agarre y seguimiento de instrucciones. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gaviria
12/10/21	16:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de asociación, seguimiento de instrucciones y atención. Se finaliza acto de terapia, evidenciado mantenimiento en las habilidades motoras finas, AVD amplitud articular y habilidades cognitivas para las que inicio. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gaviria

Escaneado con CamScanner

1968

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 39736881 Fecha de ingreso: 05/10/21
Apellidos: Hernandez Bolivar Nombres: Silvia Cecilia
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 39736881
Fecha de nacimiento: Día: 20 Mes: 06 Año: 1968 sexo: F: X M: ____ Estado civil: Soltera Municipio: Funza Barrio: El lago
Dirección: CL 14 A # 17A-22 Teléfono fijo: ____ Móvil: 3194097931
Correo electrónico: ____ ocupacion: Hogar
Entidad de salud: Cavida Vinculación: Subsidiado Empresa: ____
N° de terapias: 6 Diagnostico: Dabetes, Esquizofrenia
Acompañante: Carlos Hernandez Parentesco: Hermano Teléfono: 3194092931

Cronología de la enfermedad:
Fecha y hora del accidente de trabajo: ____
fecha de reconocimiento de la enfermedad laboral: ____
fecha del reconocimiento de la enfermedad general: Aprox. 20 años
fecha y hora del accidente de transito: ____
clínica de atención primaria: ____
Exámenes diagnósticos realizados: ____
atención de médicos especialistas: Psiquiatra
tratamientos realizados: ____
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias: Acompañamiento.

Antecedentes:
Paiologicos: Esquizofrenia y Diabetes Traumaticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Niega
Infecciosos: Niega Farmacologios: Metformina y Risperidona

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

F= Funcional SF=Semifuncional NF=No Funcional NA=No aplica

Actividades de la Vida Diaria	Descripción
BÁSICAS	
Cuidado Personal	Semi-Funcional
Movilidad funcional	Funcional

Escaneado con CamScanner

Locomoción	Funcional
INSTRUMENTALES	
Comunicación **Comprensión** **Rutina de medicamentos** **Manejo del dinero** **Manejo del transporte** **Manejo del hogar**	Funcional
TRABAJO	Sem- funcional

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL

Componente sensoriomotor	Funcional	semifuncional	disfuncional	No aplica	Observaciones
Integración sensorial					
Conciencia sensoria					
*Tactil	/				
*Auditiva	/				
*Visual	/				
*Olfativo	/				
*vestibular	/				
*Cognitivo	/				
*Procesamiento sensorial	/				
Destrezas perceptuales					
*Esterognosia	/				
*Respuesta al dolor	/				
*Kinestesia	/				
*oclusión visual	/				
*Figura-fondo	/				
*Relaciones espaciales	/				
*Esquema Corporal	/				
Neuromuscular	/				
*Reflejo	/				

Escaneado con CamScanner

*Arco de movimiento *Tono muscular *fuerza *Resistencia *Control postural *Integridad de tejidos blandos	/				
Motor					
*Tolerancia a la actividad *coordinación motora gruesa *Coordinación motora fina *cruzar línea media *Lateralidad *integración bilateral *Control oral motor	/				

Integración cognitiva y componentes cognitivos	Funcional	semifuncional	disfuncional	No aplica	Observaciones
Nivel de alertas a estimulos	/				
Orientación		/			
Reconocimiento	/				
Tiempo de atención	/				
Memoria		/			
Secuenciación	/				
Categorización	/				
Formación de conceptos	/				
Operaciones intelectuales en el espacio	/				

DESTREZAS PSICOSOCIALES Y COMPONENTES PSICOLÓGICOS

Psicológicos	Funcional	semifuncional	disfuncional	No aplica	Observaciones
*Roles *Valores *Intereses *Iniciación de la actividad *Terminación de la actividad *Concepto de si mismo	/				

Escaneado con CamScanner

Sociales					
*Conducta social	/				
*Conversación		/			
*expresión		/			
Manejo de si mismo					
*destreza para manejar y resolver las dificultades	/				
*Manejo del tiempo	/				
*Autocontrol	/				

Concepto ocupacional: Paciente de 53 años con diagnosticos antes descritos, quien es semi-funcional en AVD y presenta leve alteración de habilidades cognitivas"

Historia ocupacional: Paciente pre realiza algunas actividades domesticas, con limitantes por patologia psiquiatrica.

Nombre del terapeuta: Mª Angélica Gonzalez

Firma: Mª Angélica Gonzalez

N° de registro 1032378273

Escaneado con CamScanner

1972

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA OCUPACIONAL

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de Terapia ocupacional, 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 Terapia ocupacional consiste en: (a usted se le realizará lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- ☐ Movimiento de las diferentes articulaciones
- ☐ Actividades terapéuticas para aumentar fuerza muscular
- ☐ Desarrollo de patrones funcionales (mano-parte del cuerpo)
- ☐ Entrenamiento de patrones integrales (mano-acción motora)
- ☑ Manejo de coordinación
- ☐ Control motor y conciencia corporal
- ☐ Manejo de sensibilidad
- ☑ Estimulación sensorial
- ☑ Manejo de ritmos de trabajo
- ☑ Estimulación cognitiva
- ☐ Otros

_____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 50% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede:

- Irritación, mareos o alergias
- Fatiga ante la demanda de la actividad
- Presentar dolor en las articulaciones

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: 05/10/21 Hora: 17:00 Nº de Terapias: 6 Diagnóstico: Esquizofrenia y Diabetes

Yo Gilma Hernandez con documento de identidad: 39736881 como (parentesco con el Paciente) A nombre propio en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) _____

_____ con documento de identidad (del paciente) _____

Después de leído este documento autorizo al fisioterapeuta de HUMANA VITAL S.A.S a realizar el tratamiento propuesto.

Gilma Hernández

Firma paciente

cc. 39736881

Ma Angelica Gonzalez P

Firma profesional

cc. 1032378233 RP _____

Escaneado con CamScanner

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: 05/10/21

Firma: Gilma Hernández

Nombre: Gilma Hernandez

Número de Identificación: 39736881

Escaneado con CamScanner

Fecha 05/10/21 hora 17:00 N° de terapias 6

Nombre: Gilma Cecilia Hernandez Cedula: 39736881

✓ **PARA REALIZAR UNA TERAPIA APROPIADA SU TERAPEUTA NECESITA SABER SI USTED A PADECIDO O PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES. (Marque con una X)**

	NO	SI		NO	SI
SIDA O VIH	X		CÓLERA	X	
HERPES	X		H1N1	X	
DIFTERIA	X		HEPATITIS	X	
NEUMONÍA	X		VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	X	
TUBERCULOSIS	X		CÁNCER	X	

✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Gilma Cecilia Hernandez con N° de cedula 39736881

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.

Gilma Hernández

Firma del paciente o responsable

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

1975

Yo Gilma Hernandez identificado con cc 39736881 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: Gilma Hernandez ***IDENTIFICACION*** 39736881

FIRMA Gilma Hernández

FECHA: 05/10/21 ***HORA:*** 17:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

1976

TERAPEUTA RESPONSABLE: Ma Angelica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Gilma Hernandez IDENTIFICACION 39736881

FECHA: 05/10/21 HORA: 13:00 ALCALDIA X PARTICULAR ____ ARL ____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Gilma Hernández
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Gilma Hernández
POLITICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Gilma Hernández
PLAN CASERO	Gilma Hernández
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Gilma Hernández

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 05/10/21 HORA: 17:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Gilma Cecilia Hernandez Cédula: 39736881

DIAGNOSTICO: Esquizofrenia y Diabetes

DIRECCIÓN: Cll 14A # 17A-22 ''

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
1. Acueducto y alcantarillado	X	
2. Luz	X	
ESPACIO		
3. Ventilación óptima	X	
4. Normas de higiene básica	X	
5. Es suficientemente amplio para el paciente, la terapeuta y un acompañante	X	
6. Cuenta con tomas eléctricas en buen estado	X	
7. Normas de seguridad básicas para el paciente (Pisos, baños, escaleras)	X	
8. Muebles del entorno del paciente en buen estado	X	
9. Cama en buen estado	X	
ACCESO		
10. Existe medios de transporte que lleguen o aproximen al domicilio.	X	
11. Las vías cerca al domicilio son transitables.	X	
12. El entorno donde se encuentra ubicado el domicilio es seguro (índica de delincuencia mínima)	X	

OBSERVACIONES: _____

¿Se puede realizar la terapia en el domicilio evaluado? SI X NO _____

Si su respuesta es NO describa por qué: _____

Datos del evaluador:

NOMBRE: Ma Angelica Gonzalez Cedula: 1032358213

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Gilma Hernandez Cedula: 39736881

Parentesco del paciente: Nombre propio Firma: Gilma Hernández

Escaneado con CamScanner

1978

Escala de MORSE

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

Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, martes, 19 de octubre de 2021 12:12:53 **HISTORIA CLÍNICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 39.736.881**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	GILMA CECILIA HERNÁNDEZ BOLÍVAR	
Identificación	CC 39.736.881 Edad: 53 años, 3 meses y 29 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) jueves, 20 de junio de 1968	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 14A # 17A -22 Teléfono: 3144092921/3194092931	
Ocupación	HOGAR	
Responsable	CARLOS HERNÁNDEZ Parentesco: HERMANO Teléfono: 3194092931	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDÍA EPS: AL001 - ALCALDÍA DE FUNZA Tipo afiliación: PARTICULAR	
Estado civil: SOLTERO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Género: Masculino

FECHA CONSULTA: martes, 5 de octubre de 2021 5:00:57 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 22 días
ANTECEDENTES
- PERSONALES: No refiere
- PATOLÓGICOS: Diabetes
Esquizofrenia
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLÓGICOS: Metformina y Olanzapina
- QUIRÚRGICOS: No refiere
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Ninguna
MOTIVO DE CONSULTA: Paciente del programa de discapacidad de la Alcaldía de Funza
POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general
ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con diagnóstico de Diabetes y Esquizofrenia, con aproximadamente 20 años de evolución.
VALORACIÓN TERAPIA OCUPACIONAL
HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS
- Fuerza muscular: MSD Presente MSI Presente
- Amplitud articular: MSD Presente MSI Presente
HABILIDADES MOTORAS GRUESAS
- Posición bípeda: SI
DESPLAZAMIENTO
- Marcha: SI
IMAGEN CORPORAL
- Reconocimiento: SI
- Concepto: SI
HABILIDADES GRAFOMOTORAS
- Dominancia manual: MSD Presente
- Corta con tijeras: MSD Presente MSI Presente
- Realiza una torre: MSD Presente MSI Presente
- Hace garabateo: MSD Presente MSI Presente
- Hace enhebrado: MSD Presente MSI Presente
- Hace encajado: MSD Presente MSI Presente
- Rasgado de papel: MSD Presente MSI Presente
- Fuerza en escritura: MSD Presente
- Fuerza en coloreado: MSD Presente MSI Presente
PATRONES INTEGRALES
- Alcanzar: MSD Presente MSI Presente
- Lanzar: MSD Presente MSI Presente
- Agarre cilíndrico: MSD Presente MSI Presente
- Agarre a mano llena: MSD Presente MSI Presente
- Agarre dígito palmar: MSD Presente MSI Presente
- Agarre dígito-digital: MSD Presente MSI Presente
- Enganche: MSD Presente MSI Presente
- Pinza fina: MSD Presente MSI Presente
- Pinza lateral: MSD Presente MSI Presente
PATRONES FUNCIONALES

- Mano-Cabeza: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Boca: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Cuello: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Hombro contralateral: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Hombro IPSI-Lateral: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Espalda: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Glúteo: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Pie: MSD Presente MSI Presente

HABILIDADES SENSORIALES
- Seguimiento visual: SI
- Seguimiento auditivo: SI
- Responde al nombre: SI
- Ajustes posturales: SI

HABILIDADES COGNITIVAS
- Atención: SI
- Concentración: SI
- Comprensión de órdenes: SI
- Memoria: NO
- Calculo: NO
- Orientación en tiempo: NO
- Orientación en espacio: SI
- Iniciativa: NO
- Imitación creatividad: SI

HABILIDADES PROCESAMIENTO
- Tolerancia a la actividad: SI
- Tolerancia a la frustración: SI
- Seguimiento de instrucciones: SI
- Creatividad: NO

HABILIDADES SOCIALES
- Interactúa con familia: SI
- Interactúa con otros: NO

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Independiente
- Vestido: Semi-Independiente
- Higiene menor: Semi-Independiente
- Higiene mayor: Semi-Independiente
- Traslados: Independiente
- Transferencias: Independiente
- Hábitos y rutinas: Independiente

OBSERVACIONES: Ninguna

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR
- CUELLO
  Rotación derecha: Bueno
  Rotación izquierda: Bueno
  Inclinación derecha: Bueno
  Inclinación izquierda: Bueno
  Flexión: Bueno
  Extensión: Bueno
- ESCAPULA
  Elevación: MSD Bueno MSI Bueno
  Depresión: MSD Bueno MSI Bueno
  Abducción y rotación: MSD Bueno MSI Bueno
  Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
  Depresión y rotación: MSD Bueno MSI Bueno
- HOMBRO
  Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
  Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
  Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
  Aducción horizontal: MSD Bueno MSI Bueno

Rotación interna: MSD Bueno MSI Bueno
Rotación externa: MSD Bueno MSI Bueno
- CODO
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
- ANTEBRAZO
Supinación: MSD Bueno MSI Bueno
Pronación: MSD Bueno MSI Bueno
- MUÑECA
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
- PULGAR
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
Oponencia: MSD Bueno MSI Bueno
- DEDOS
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: E149-DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado 1: F209-ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 17 Hora de salida: 18 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID 19. Se realiza valoración inicial a paciente de 53 años con diagnósticos anotados, quién es semi funcional en AVD y presenta leve alteración en habilidades cognitivas; paciente que realiza algunas actividades domésticas con limitantes por patología psiquiátrica.
TRABAJO REALIZADO: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID 19. Se realiza valoración inicial a paciente de 53 años con diagnósticos anotados, quién es semi funcional en AVD y presenta leve alteración en habilidades cognitivas; paciente que realiza algunas actividades domésticas con limitantes por patología psiquiátrica.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se entrega plan casero.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr(a). MARIA ANGÉLICA GONZÁLEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: miércoles, 6 de octubre de 2021 3:00:33 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 22 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID 19. Se realiza actividad de motricidad fina, trabajando agarre de pinza, atención y planeación.
TRABAJO REALIZADO: PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Imitación creatividad
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Creatividad
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: E149-DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado 1: F209-ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGÉLICA GONZÁLEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: jueves, 7 de octubre de 2021 3:00:24 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 22 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID 19. Se realiza actividad de discriminación visual, atención y tolerancia la actividad.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual

HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: E149-DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado 1: F209-ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGÉLICA GONZÁLEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: viernes, 8 de octubre de 2021 1:00:47 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 22 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID 19. Se realiza actividad de asociación, atención y concentración.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Memoria
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: E149-DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado 1: F209-ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGÉLICA GONZÁLEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: lunes, 11 de octubre de 2021 5:00:53 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 22 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 17 Hora de salida: 18 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID 19. Se realiza actividad de agarre trípode, fuerza en agarre y seguimiento de instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: E149-DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado 1: F209-ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGÉLICA GONZÁLEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: martes, 12 de octubre de 2021 4:00:14 p. m. - EDAD: 53 años, 3 meses y 22 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID 19. Se realiza actividad de asociación, seguimiento de instrucciones y atención.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Comprensión de órdenes, Memoria
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se finaliza ciclo de terapias evidenciando mantenimiento en las habilidades motoras finas, semi independencia en AVD, amplitud articular y habilidades cognitivas con las que inicio.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: E149-DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado 1: F209-ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGÉLICA GONZÁLEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273
