	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 MAYO 2019

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Javier Camilo Alvarez

DIRECCIÓN: Cra 11A # 16-88 TELÉFONO: 3209966427

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
13/09/21	9:00	
14/09/21	10:00	
15/09/21	9:00	
16/09/21	10:00	
20/09/21	9:00	
21/09/21	9:00	
22/09/21	9:00	

JAVIER CAMILO ÁLVAREZ

1073511526



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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, viernes, 24 de septiembre de 2021 17:18:49 **HISTORIA CLÍNICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.073.511.526**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JAVIER CAMILO ÁLVAREZ MORENO
Identificación	CC 1.073.511.526 Edad: 28 años, 11 meses y 1 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) viernes, 23 de octubre de 1992
Residencia	FUNZA Dirección: KR 11 A # 16 - 88 Teléfono: 320 2 14 05 20
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN
Responsable	CARLOS ÁLVAREZ Parentesco: HERMANO Teléfono: 3124183597
Acompañante	PEDRO ÁLVAREZ Parentesco: PAPÁ Teléfono: 3104863842
Entidad	ALCALDÍA EPS: EPS008 - COMPENSAR EPS Tipo afiliación: **PARTICULAR**

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

FECHA CONSULTA: lunes, 13 de septiembre de 2021 9:00:09 a. m. - EDAD: 28 años, 11 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realiza protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se le da continuidad al servicio con actividad de secuenciación, ensartado en plano inclinado con elevación de hombro.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Comprensión de ordenes
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se da continuidad al servicio.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: martes, 14 de septiembre de 2021 10:00:04 a. m. - EDAD: 28 años, 11 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad con palitos chinos, favoreciendo fuerza en agarre, agarre de pinza y coordinación viso-manual.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Fuerza muscular
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Agarres
HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: miércoles, 15 de septiembre de 2021 9:00:08 a. m. - EDAD: 28 años, 11 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavamanos para prevención del coovid-19. Se realiza actividad de agarre de pinza, oposición, elevación de hombro y resistencia.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Fuerza muscular, Fortalecimiento de patrones motores
PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: jueves, 16 de septiembre de 2021 10:00:03 a. m. - EDAD: 28 años, 11 meses y 1 días

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

EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavamanos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de copia de figuras, integración bilateral y fuerza en mano izquierda.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Fuerza muscular, Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Fuerza en agarres
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Comprensión de órdenes, Memoria
HABILIDADES PROCESAMIENTO: 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: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: lunes, 20 de septiembre de 2021 9:00:05 a. m. - EDAD: 28 años, 11 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavamanos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de punzado con resistencia, trabajando fuerza, oposición y percepción figura fondo.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Fuerza muscular
PATRONES INTEGRALES: Agarres
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: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: martes, 21 de septiembre de 2021 9:00:58 a. m. - EDAD: 28 años, 11 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad cognitiva de resolución de problemas, concentración y memoria.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Memoria, Calculo
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguno
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: miércoles, 22 de septiembre de 2021 9:00:01 a. m. - EDAD: 28 años, 11 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad motora fina con MSI, favoreciendo fuerza en agarre, precisión e integración bilateral.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Agarres
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina ciclo de terapias evidenciando aumento en la amplitud articular en MSI, mejor fuerza y resistencia en el mismo.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S143-TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

IPS HUMANA - VITAL S.A.S
Especialistas en terapias
Nit. 900 217 648-1

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Javier Camilo Alvarez DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1093511526

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
13/09/21	9:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza curación del servicio con actividad de sobrecarga, evidenciado en pierna izquierda con elevación de hinchazón. Se evalúa sus complicaciones. Mª Angelica Gaviria T
14/09/21	10:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad con calor dunas favoreciendo fuerza en el agarre, agarre de pinza y coordinación. Se evalúa sus complicaciones. Mª Angelica Gaviria T
15/09/21	9:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de agarre de pinza, oposición, elevación de hombro y resistencia. Se evalúa sus complicaciones. Mª Angelica Gaviria T
16/09/21	10:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de copia de figuras, integración bilateral y fuerza en ambas extremidades. Se evalúa sus complicaciones. Mª Angelica Gaviria T
20/09/21	9:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de garabateo con resistencia, fortaleciendo fuerza en agarre, agarre de oposición y percepción figura fondo. Se evalúa sus complicaciones. Mª Angelica Gaviria T
21/09/21	9:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad cognitiva de resolución de problemas, concentración y memoria. Se evalúa sus complicaciones. Mª Angelica Gaviria T
22/09/21	9:00	Se realizan protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad lúdica con DUI, fortaleciendo fuerza en agarre, precisión e integración bilateral. Se culmina ciclo de terapias evidenciado cumplimiento en cantidad de

11365

36

Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Jaiver Camilo Alvarez **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1073511526

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
		Gotcue en MSI, mejor fuerza y resistencia por el musculo. Se retira sin complicaciones //
		Angelica Garcia T

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)

- [x] 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
- [x] Estimulación cognitiva
- [ ] Otros

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 10% 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: 13/09/21 Hora: 9:00 N° de Terapias: 7 Diagnóstico: Lesión de flexo braquial

Yo Luisa Cubo Alvarez con documento de identidad: 1073571526 como (parentesco con el Paciente) 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.

Firma paciente

cc. 1073571526

Mª Angélica Gaviria

Firma profesional

cc. 1032358273 RP _____

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

Fecha 13/09/21 hora 9:00 N° de terapias 7

Nombre: Javier Camilo Alvarez Cedula: 1073571526

✓ **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 Javier Camilo Alvarez con N° de cedula 1073571526

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

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: 13/09/21

Firma: _____

Nombre: Javier Camilo Alvarez

Número de Identificación: 1073511526

1369

	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 MAYO 2019

AUTORIZACIÓN

Yo Jurer Camilo Alvarez identificado con cc 1073571526 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: Jurer Camilo Alvarez IDENTIFICACION 1073571526

FIRMA

FECHA: 13/09/21 HORA: 9:00 ALCALDIA X PARTICULAR ARL

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Ma Angelica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Lucia Cuello Alvarado IDENTIFICACION 1073511526

FECHA: 13/09/21 HORA: 9:00 ALCALDIA X PARTICULAR ____ ARL ____

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