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

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Jose del Carmen Sanchez Ibañez

DIRECCIÓN: carr 76 N÷ 68-03 **TELÉFONO:** 3132265515

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
14/09/2021	8:30	[signature]
15/09/2021	8:30	Jose del Carmen
16/09/2021	8:30	[signature]
17/09/2021	8:30	Jose del carmen
20/09/2021	8:30	Jose del Carmen
21/09/2021	8:30	Jose del Carmen
22/09/2021	8:30	Jose del Carmen

Escaneado con CamScanner



José del Carmen 80495493

Escaneado con CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, viernes, 24 de septiembre de 2021 06:31:14 **HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 80.495.493**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JOSE DEL CARMEN SANCHEZ IBAÑEZ
Identificación	CC 80.495.493 Edad: 47 años, 11 meses y 18 días
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) sábado, 06 de octubre de 1973
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 7B # 6B - 03 Teléfono: 3132265515
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: Masculino

FECHA CONSULTA: martes, 14 de septiembre de 2021 5:08:08 a. m. - EDAD: 47 años, 11 meses y 18 días

ANTECEDENTES

- PERSONALES: No refiere
- PATOLOGICOS: No refiere
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: motrigina ácido valproico
- QUIRURGICOS: No refiere
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Ninguna

MOTIVO DE CONSULTA: paciente con diagnostico epilepsia

POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general

ENFERMEDAD ACTUAL: epilepsia

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

HABILIDADES MOTORAS BASICAS

- Tono muscular disminuido: MSD Presente MSI Presente
- Amplitud articular: 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

- Fijación visual: SI
- Seguimiento visual: SI
- Percepción visual: SI
- Tolera estímulo propioceptivo: SI
- Tolera estímulo vesticular:NO

HABILIDADES COGNITIVAS

- Atención: SI
- Concentración: SI
- Comprensión de ordenes: SI

Escaneado con CamScanner

- Memoria: NO
- Calculo: NO
- Orientación en tiempo: NO
- Orientación en espacio: SI
- Iniciativa: NO

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

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Independiente
- Vestido: Independiente
- Higiene menor: Independiente
- Higiene mayor: Independiente
- Traslados: Sema-Independiente
- Hábitos y rutinas: Sema-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
O ponencia: 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

Escaneado con CamScanner

OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 1
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateo, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Memoria
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Autocuidado, Alimentación, Vestido, Traslados
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con diagnostico epilepsia quien presenta déficit a nivel muscular y cognitivo limitación en funciones ejecutivas memoria presenta independencia en la ejecución de actividades de la vida diaria sema independencia para actividades instrumentales restricción en participación dentro de rol laboral finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: miércoles, 15 de septiembre de 2021 5:18:23 a. m. - EDAD: 47 años, 11 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 2
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateo, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Memoria, Calculo, Orientación en tiempo
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Tolerancia a la frustración, Seguimiento de instrucciones, Creatividad, Tiempos de ejecución
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Autocuidado, Alimentación, Vestido, Traslados
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se promueve procesamiento cognitivo atención actividad discriminación figura fondo finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: jueves, 16 de septiembre de 2021 5:21:08 a. m. - EDAD: 47 años, 11 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 3
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateo, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de ordenes
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Tolerancia a la frustración, Seguimiento de instrucciones, Creatividad, Tiempos de ejecución
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Autocuidado, Alimentación, Vestido
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se promueve atención selectiva rastreo visual actividad de búsqueda de iguales en imagen
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: viernes, 17 de septiembre de 2021 5:23:06 a. m. - EDAD: 47 años, 11 meses y 18 días

Escaneado con CamScanner

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

FECHA CONSULTA: miércoles, 22 de septiembre de 2021 5:29:05 a. m. - EDAD: 47 años, 11 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 7
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateo, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres, Coloreado
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular, Inseguridad gravitacional
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Memoria, Calculo, Orientación en tiempo, Orientación en espacio, Imitación creatividad
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Tolerancia a la frustración, Seguimiento de instrucciones, Creatividad, Tiempos de ejecución
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Autocuidado, Alimentación, Vestido, Traslados, Transferencias
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se finaliza proceso por medio de la intervención terapéutica se buscó el fortalecimiento de destrezas en patrón manual praxis motoras estimulación cognitiva mantenimiento de habilidades prevención de deterioro cognitivo finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

IPS HUMANA - VITAL S.A.S
Especialistas en terapias
Nit 900.217.648-1

Escaneado con CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose del Carmen Ibañez DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 3044954493

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
14/09/2021	8:30	paciente con diagnostico epilepsia quien presenta deficit a nivel cognitivo restricción en desempeño de actividades instrumentales con restricción para integración laboral finaliza sesion se dan indicaciones.
15/09/2021	8:30	paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se promueve procesamiento cognitivo atencion actividad de discriminación figura fondo finaliza sesión se dan indicaciones.
16/09/2021	8:30	paciente con quien se realiza intervencion domiciliaria se promueve atención selectiva actividade de busqueda de iguales en imagen finaliza sesión se dan indicaciones.
17/09/2021	8:30	paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se promueven procesos cognitivos percepción memoria actividad solucion de sopa de letras finaliza sesión se dan indicaciones.
20/09/2021	8:30	paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se promueven funciones ejecutivas agilidad mental finaliza sesion se dan indicaciones.
21/09/2021	8:30	paciente con quien se realiza intervencion domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones se desarrolla actividad fortalecimiento destreza manual actividad con uso de geoplano ubicación de bandas elasticas finaliza sesion se dan indicaciones

Escaneado con CamScanner

1399

22/04/2021 paciente con quien se finaliza proceso por medio de la intervención terapeutica se busco el fortalecimiento de destrezas en patron manual praxias motoras estimulación cognitiva mantenimiento de habilidades preservación de deterioro cognitivo finaliza sesión se dan felicitaciones.

Escaneado con CamScanner

0400

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 80495493 Fecha de ingreso: 14/09/2021
Apellidos: Sanchez ibañez Nombres: Jose del Carmen
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 80495493
Fecha de nacimiento: Día: 6 Mes: 10 Año: 1973 sexo: F: ___ M: X Estado civil: soltero Municipio: m funza Barrio: provivienda
Dirección: carrera B N: 68-03 Teléfono fijo: — — — — Móvil: 3132265515
Correo electrónico: — — — ocupacion:
Entidad de salud: convida Vinculación: beneficiario Empresa:
N° de terapias: 7 Diagnostico: epilepsia focal
Acompañante: Jose del carmen sanch Parentesco: papa Teléfono: 3132265572

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: 7 años de edad
fecha y hora del accidente de transito: — —
clínica de atención primaria: puesto salud 7 trojes
Exámenes diagnósticos realizados: electroencefalograma resonancia
atención de médicos especialistas: neurologia
tratamientos realizados: terapeutico farmalogica
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias:

Antecedentes:
Patologicos: epilepsia Traumaticos: ninguno
Toxico-alergicos: ninguno Quirúrgicos: ninguno
Infecciosos: ninguno Farmacologios: nafrigina valcido valproico.

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

Actividades de la Vida Diaria BÁSICAS	Descripción
Cuidado Personal	presenta funcionalidad en la ejecucion de actividades de la vida diria
Movilidad funcional	semifuncionalidad

Escaneado con CamScanner

Locomoción	funcionalidad en patron de marcha
INSTRUMENTALES	
Comunicación Comprensión Rutina de medicamentos Manejo del dinero Manejo del transporte Manejo del hogar	presenta semifuncionalidad para ejecución de "actividades instrumentales para manejo del hogar y del dinero
TRABAJO	no funcional

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL

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

Escaneado con CamScanner

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

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

DESTREZAS PSICOSOCIALES Y COMPONENTES PSICOLÓGICOS

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

Escaneado con CamScanner

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

Concepto ocupacional: paciente con diagnostico epilepsia que presenta deficit a nivel cognitivo con restriccion en desempeño de actividades instrumentales rol laboral

Historia ocupacional:

Nombre del terapeuta: Jenny Silva

Firma:

N° de registro 018865

Escaneado con CamScanner

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)

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

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 80-1 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: 14/09/2021 Hora: 8:30 Nº de Terapias: 7 Diagnóstico: epilepsia

Yo JOSE DEL C SANCHEZ con documento de identidad: 14117949 como (parentesco con el Paciente) padre en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) Jose del carmen Sanchez con documento de identidad (del paciente) 80495493

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

Firma paciente

CC. 14117949

Firma profesional

CC. 52664540 RP 075865

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 14/09/2021 hora 8:30 N° de teraplas 7

Nombre: Jose del Carmen Sanchez Cedula: 80495493

✓ **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 Jose del C A SANCHEZ con N° de cedula 17147949

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

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: 14/09/2021

Firma: 13/09/2021

Nombre: JOSE DEL C SANCHEZ

Número de identificación: 17147949

Escaneado con CamScanner

1407

Humana Vital S.A.S	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 JOSE DEL C SANCHEZ identificado con cc 1141879419 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: Jose Sanchez ***IDENTIFICACION*** 8049549 3

FIRMA [signature]

FECHA: 14/09/2021 ***HORA:*** 8:30 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Jenny Silva

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Jose Sanchez **IDENTIFICACION** 80495493

FECHA: 14/09/2021 **HORA:** 8:30 **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	

Escaneado con CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 14/09/2021 HORA: 8:30

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose del carmen Sanchez Cédula: 80495493

DIAGNOSTICO: epilepsia

DIRECCIÓN: carrera 7B N÷ 6B-03

El domicilio cuenta:

	SI	NO
SERVICIOS		
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		
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 (índice 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: Jenny Silva Suarez Cedula: 52664540

La visita fue atendida por:

NOMBRE: JOSE del C SANCHEZ Cedula: 17147949

Parentesco del paciente: PAPA Firma: [signature]

Escaneado con CamScanner

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 15
	SI Puntaje 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	0
	SI Puntaje 20	
Marcha: ◦ Normal/en reposo/sin apoyo ◦ Débil ◦ Alterada requiere asistencia	Puntaje 0 Puntaje 10 Puntaje 20	0
Consciencia-estado mental: ◦ Consiente de sus capacidades y limitaciones ◦ No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	15
	TOTAL	30

Escaneado con CamScanner