1926

0027

	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: Camilo Romero Garcia

DIRECCIÓN: Cl 71A #79-55 Bl M6 **TELÉFONO:** 3174566454

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
4/10/21	12:00 pm	Waldina Gozón
5/10/21	12:00 pm	Waldina Gozón
6/10/21	11:45 Am	
7/10/21	12:00 pm	Waldina Gozón A
8/10/21	12:00 pm	Waldina Gozón A

CAMILO ROMERO GARCIA

CC: 244171



UNIMANA UNIVERSITARIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Camilo Romero García **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 244777

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
4/10/23	12:00 pm	Acuerdo inicio ciclo de sesiones de psicoterapia a la colonia inicial se evidencia: alteración en áreas modelo de tiempo y espacio, comunicación conservada, se observa a paciente con cambio de actividad por subir al estrado rangos de movilidad conservados, pero dolor no cuantificable en mmss reposo, dengue positivo de 2/5 según escala de Daniels, reflexiones musculares modulares en Bicipital y Craneales. FT: Sindy Fernández. RM: 02956b2
5/10/23	12:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular activa-asistida en mmss y mmii, diagonales de Kabat, fortalecimiento muscular con banda elásticas amarilla, terapia sedativa con tens en mmss reposo. FT: Sindy Fernández. RM: 02956b2
6/10/23	12:45 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii de forma activa asistida, descargas de peso, ejercicios de agarre y pinzas fortalecimiento muscular con banda elástica amarilla, terapia sedativa con tens FT: Sindy Fernández. RM: 02956b2
7/10/23	12:00 pm	Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii, descargas de peso, fortalecimiento Bíceps con botella, terapia sedativa con tens. FT: Sindy Fernández. RM: 02956b2
8/10/23	12:00 pm	Asiste puntual a sesión de psicoterapia, asiste con adecuada en esferas mentales, comunicativa conservada, rangos de movilidad conservados, disminución dolor de 2/5 en mmss y mmii, refiere fuerza de agarre disminuida. FT: Sindy Fernández RM: 02956b2

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.

Diganos 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)

- [x] Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutanea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir:
- [x] Movilidad articular.
- [x] Ejercicios activos
- [x] Fortalecimiento
- [x] Estiramientos
- [ ] Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- [x] Disminución del dolor
- [x] Aumento de arcos de movimiento
- [x] Incremento en la fuerza
- [ ] Mejorar la estabilidad articular

Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 20% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar o incremento del dolor después del primer día de fisioterapia
- ✓ Dolor e inflamación con cada nuevo ejercicio.

Humana-vital a.s.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: 4/10/21 Hora 2:00pm N° de terapias: 6 Diagnostico: Alzheimer

Yo Waldina Gonzalez con documento de identidad: Waldina P. como (parentesco con el paciente) _____ en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) _____ con documento de identidad (del paciente) _____ Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital a.s.s a realizar el tratamiento propuesto.

Waldina Gonzalez

Firma del paciente

Cc 2.026.6402

Sindy Betancourth

Firma de la terapeuta

Cc. 1073576337 Registro 029562

IPS HUMANA - VITAL S
Especialistas en terap
Nit. 900.217 648 - 1

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

Fecha 4/10/21 hora 12:00 N° de terapias 6

Nombre: Camilo Romero Barrera Cedula: 2444777

✓ **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 Wadira Carzon con N° de cedula 20256402

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.

Wadira Carzon

Firma del paciente o responsable

1032

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: 4/10/21

Firma: Maxdiana Garzón

Nombre: 1.69.56.401

Número de identificación:

1033

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 Waldina Gonzalez identificado con cc 1025466052 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: Camilo Romero ***IDENTIFICACION*** 24777

FIRMA Waldina Gonzalez

FECHA: 4 hoy ***HORA:*** 12:00pm ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

1034

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Camilo Romero G. IDENTIFICACION 24477

FECHA: 4/10/23 HORA: 12:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR_____ ARL_____

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

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, lunes, 11 de octubre de 2021 22:03:30 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 244.171**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	CAMILO ROMERO GARCIA	
Identificación	CC 244.171 Edad: 86 años, 2 meses y 25 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) martes, 16 de julio de 1935	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 11A # 19-55 VILLA DIANA Teléfono: 3107833878/3114566154	
Ocupación	HOGAR	
Responsable	ESTELA ROMERO Parentesco: HIJA Teléfono: 3114566154	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	CONVIDA EPS: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo afiliación: SUBSIDIADO	
Estado civil: CASADO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Género: Masculino

FECHA CONSULTA: lunes, 4 de octubre de 2021 9:48:53 p. m. - EDAD: 86 años, 2 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cineticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 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, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria por continuidad, a la valoración inicial se evidencia:

- Paciente refiere dolor no valorable en articulación de hombro izquierdo y región lumbar el cual se exacerba al movimiento
- Paciente presenta alteración en esfera mental correspondiente a tiempo y espacio
- Rangos de movilidad articular limitados para MMSS derecho flexión de 80°, extensión 30°, abducción 60°, rotaciones 20° flexión de cadera 90°, extensión 20°, abducción 50°
- Desempeño muscular de 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores e inferiores
- Se evidencia alteración leve en propiocepción viso manual y visopedica
- Se evidencia alteración en equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
- No se evidencia edema ni inflamación
- Retracciones musculares moderadas en gastro soleos, isquiotibiales y cuádriceps de forma bilateral

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G309-ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 5 de octubre de 2021 9:49:40 p. m. - EDAD: 86 años, 2 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G309-ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 6 de octubre de 2021 9:51:47 p. m. - EDAD: 86 años, 2 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 3
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
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores externos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha MANEJO DE: Pinzas, Agarres, Prensas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G309-ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 7 de octubre de 2021 9:52:54 p. m. - EDAD: 86 años, 2 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Aductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Extensores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G309-ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 8 de octubre de 2021 9:54:42 p. m. - EDAD: 86 años, 2 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores

ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever

TECNICAS: FNP

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducación de marcha, Higiene postural

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

- Paciente refiere dolor no valorable en articulación de hombro izquierdo y región lumbar el cual se exacerba al movimiento
- Paciente presenta alteración en esfera mental correspondiente a tiempo y espacio
- Se mantienen rangos de movilidad articular según calificación inicial para MMSS derecho flexión de 80°, extensión 30°, abducción 60°, rotaciones 20° flexión de cadera 90°, extensión 20°, abducción 50°
- Se mantiene desempeño muscular de 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores e inferiores
- Se evidencia alteración leve en propiocepción viso manual y visopedica
- Se evidencia alteración en equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
- No se evidencia edema ni inflamación
- Continuan retracciones musculares moderadas en gastro soleos, gastro soleos y cuádriceps de forma bilateral

Se recomienda control con médico tratante, continuar realizando los ejercicios en casa y continuar con Fisioterapia

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI

DIAGNÓSTICOS

Principal: G309-ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562
