00000047

	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: José Ignacio García Organista.

DIRECCIÓN: Cra 7 # 23-15 Int 1 TELÉFONO: 8270293

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
13/10/23	12:00 pm	
14/10/23	12:00 pm	
15/10/23	12:00 pm	
16/10/23	12:00 pm	
18/10/23	12:00 pm	
19/10/23	12:00 pm	

Escaneado con CamScanner

JOSE IGNACIO GARCIA

CC: 1073517574



Escaneado con CamScanner

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: José Ignacio García **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1073577574

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
23/10/21	12:00 pm	Paciente recibe visita de tutor legal por cortesía, a la valoración inicial se evidencia: Paciente en alerta en cifras estables, comunicativo, ubicado, paciente en cama, 100% dependiente para todo y canalizado en codo izquierdo de vena basílica, con vía periférica permeable. Vivula de oclusión de 3 en mmii, refiere, muchos sueños en ambiente, agradables, dolorosos. FT: Sindy Fernández. Rm: 029582
24/10/21	12:00 pm	se realizan épicrisis de unidad anual para en mmss y mmii, medición de tono, Hoad, descargas de peso y aproximaciones anuales de forma bimodal. FT: Sindy Fernández Rm: 029582
25/10/21	12:00 pm	Se realizan epicrisis de unidad anual para en mmss y mmii, mediación de tono, descargas de peso y aproximaciones anuales. Hoad en mmss y mmii, se realizan sin complicaciones. FT: Sindy Fernández. Rm: 029582
26/10/21	12:00 pm	Se realizan epicrisis de unidad anual para en mmss y mmii, descargas de tarjeta, mediación de tono, descargas de peso y aproximaciones anuales. FT: Sindy Fernández. Rm: 029582
28/10/21	12:00 pm	Se realizan epicrisis de unidad anual para en mmss y mmii, descargas de peso, aproximaciones anuales, axial, mediación de tono, se realizan sin complicaciones. FT: Sindy Fernández Rm: 029582
29/10/21	12:00 pm	Paciente recibe visita de tutor legal por cortesía, a la valoración inicial se evidencia: Reiki, con cifras en rangos estables agradables, ubicado en comunicación, paciente 100% dependiente para actividades de la vida diaria, presenta alerta generalizada, para Hoad y descargas en mmii de forma bimodal, canalizada de 3 en miembros inferiores. FT: Sindy Fernández. Rm: 029582

Escaneado con CamScanner

00000050

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA FISICA

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 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 fisioterapia consiste en: (a usted se le realizará lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- [X] Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), ultrasonido, láser, vibración, calor superficial, crioterapia (frío). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- [X] Movilidad articular
- [ ] Ejercicios activos
- [X] Fortalecimiento muscular
- [X] Estiramiento muscular y/o capsular
- [ ] Ejercicios pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia:

- [X] Disminución del dolor
- [X] Aumento de arcos de movilidad articular
- [X] Incremento de la fuerza muscular
- [X] Mejorar estabilidad articular
- [ ] Otros: _____

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

Durante el tratamiento usted puede:

- Sentir malestar en 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 alguna persona que no tenga formación en salud, ej: sobanderos, chamanes, rezanderos, etc.

Fecha: 13/10/22 Hora: 12:00pm Nº de Terapias: 6 Diagnóstico: G800 Parálisis cerebral espástica

Yo Yamely Duran con documento de identidad: 1.51593264

En calidad de paciente después de leído este documento autorizo al fisioterapeuta de HUMANA VITAL S.A.S a realizar el tratamiento propuesto.

Yamely Duran

Firma paciente

CC. 1.1593264

Smith Fonseca

Firma profesional

CC. 1073516377 RP. 0245612

Escaneado con CamScanner

0000005

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

Fecha 23/04/24 hora 12:00pm N° de terapias 6

Nombre: José Ignacio Garcia Cedula: 1023577574

✓ **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 Yanetth Cecilia Garcia con N° de cedula 545932601

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.

Yanetth Garcia

Firma del paciente o responsable

Escaneado con CamScanner

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: 13/10/17

Firma:

Nombre:

Número de Identificación: 1593264

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

00000053

Yo José Ignacio Cecilia Garcia identificado con cc 1073527534 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: José Ignacio Garcia **IDENTIFICACION** 1073527534

FIRMA

FECHA: 23/10/23 **HORA:** 12:00pm **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR**____ **ARL**____

Escaneado con CamScanner

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

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: José Ignacio Guerra ***IDENTIFICACION*** 7073577574

FECHA: 23/10/21 ***HORA:*** 12:00pm ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, martes, 19 de octubre de 2021 22:04:02 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.073.517.574**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JOSE IGNACIO GARCIA ORGANISTA	
Identificación	CC 1.073.517.574 Edad: 45 años, 1 meses y 21 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) sábado, 28 de agosto de 1976	
Residencia	FUNZA Dirección: CARRERA 7#23-15 Teléfono: 3218023016	
Ocupación	9998 - NO APLICA	
Responsable	NO REFIERE Parentesco: NO REFIERE Teléfono: NO REFIERE	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EPS: NUEVA EPS Tipo afiliación: PARTICULAR	
Estado civil: SOLTERO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Género: Masculino

FECHA CONSULTA: miércoles, 13 de octubre de 2021 9:48:54 p. m. - EDAD: 45 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones pasivas, modulación de tono, se trabajan patrones diafragmáticos para mejoría de patrón respiratorio. Se realizan estiramientos generales. Se realiza Higiene postural. Paciente finaliza en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria por continuidad, a la valoración inicial se evidencia:

-Paciente con alteración en esferas mentales superiores
-Se evidencia patrón flexor en miembros superior e inferior de forma bilateral
-Presenta atrofia muscular generalizada
-Paciente es 100% dependiente para traslados, transferencias y cambios de decúbito
-Paciente quien no presenta control de tronco al momento de llevarlo a posición sedente corto
-Presenta contracturas musculares severas en miembros inferiores
-No se evidencia edema ni inflamación
-Calificación de 4 según escala de Ashworth en miembros inferiores y calificación de 2 para miembros superiores
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 14 de octubre de 2021 9:54:30 p. m. - EDAD: 45 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, ROOD
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, 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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 15 de octubre de 2021 9:55:03 p. m. - EDAD: 45 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, ROOD
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 16 de octubre de 2021 9:57:57 p. m. - EDAD: 45 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien se encuentra en óptimas condiciones generales, se realizan movilizaciones pasivas, modulación de tono, se trabajan patrones diafragmáticos para mejoría de patrón respiratorio. Se realiza Higiene postural. Paciente finaliza en óptimas condiciones generales sin complicaciones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: lunes, 18 de octubre de 2021 9:58:54 p. m. - EDAD: 45 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, ROOD
OTROS PROCEDIMIENTOS: Descargas de peso y aproximaciones articulares
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de propiocepción, Higiene postural MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 19 de octubre de 2021 9:59:22 p. m. - EDAD: 45 años, 1 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: BOBATH, ROOD
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

-Paciente con alteración en esferas mentales superiores
-Se evidencia patrón flexor en miembros superior e inferior de forma bilateral

-Presenta atrofia muscular generalizada
-Paciente es 100% dependiente para traslados, transferencias y cambios de decúbito
-Paciente quien no presenta control de tronco al momento de llevarlo a posición sedente corto
-Presenta contracturas musculares severas en miembros inferiores
-No se evidencia edema ni inflamación
-Calificación de 4 según escala de Ashworth en miembros inferiores y calificación de 2 para miembros superiores

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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562
