00000156

	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: silvana quintero

DIRECCIÓN: cra 10 # 12-17 **TELÉFONO:** 3014755516

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
15- 10-2021	8:00	silvana quintero
16- 10-2021	8:00	silvana quintero
18- 10-2021	8:00	silvana quintero
19- 10-2021	8:00	silvana quintero
20- 10-2021	8:00	silvana quintero
21- 10-2021	8:00	silvana quintero
22- 10-2021	8:00	silvana quintero
23- 10-2021	8:00	silvana quintero
25 10-2021	8:00	silvana quintero
26-10-2021	8:00	silvana quintero

Escaneado con CamScanner

00000157

Silvana Quintero CC 1001900305



Escaneado con CamScanner

00000158

NOMBRE DEL PACIENTE: Silvana Quintero DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.001 900 305

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
12-10-2021	8:00	Encuentro Paciente estable en sedente en compañia de familiar paciente Alerta independiente en las AVD, vestido, alimentacion y traslados, se realiza valoracion inicial con evaluacion de miembros inferiores, refiere dolor ocacional en zona lumbar de T/10 EAR presenta retracciones en cuadrado de los lomos, cuadriceps e isquiotibiales, Arcos regulares al igual que fuerza muscular, presenta marcha atarica, orientada y ubicada en espacio Finaliza sesion sin complicacion
16-10-2021	8:00	Encuentra paciente estable en sedente, se inicia sesion con estiramientos mantenidos en miembros inferiores, se realiza ejercicios isometricos y de resistencia muscular con banda elastica 3 series 10 repeticiones, se adopta bipedo donde se trabaja ejercicios en cadena cinetica cerrada paciente tolera actividad, finaliza sesion con ejercicios de estabilidad en bipedo. Queda pte estable
18-10-2021	8:00	Encuentro paciente Alerta y estable no refiere fatiga muscular, se inicia sesion con estiramientos mantenidos en miembros inferiores, se continua con ejercicios activos asistidos con balon en planos de movimiento se continua con ejeracios isometricos y de resistencia muscular con banda elastica en planos de Movimiento 3 series 10 repeticiones finaliza con ejercicios de coordinacion queda Paciente en sedente
19-10-2021	8:00	encuentro paciente en Sedente se inicia Sesion con estiramiento mantenidos en miembros inferiores, se trabaja ejercicios biplanares o de flexo extension en miembros inferiores, se continua con ejercicios en cadena cinetica cerrada a tolerancia, se continua con ejercicios de fuerza muscular con pesa de 1 libra 3 series 10 repeticiones, se continua con ejercicios de estabilidad y coordinacion en bipedo. finaliza sesion sin complicacion
20-10-2021	8:00	Encuentro paciente estable en sedente, se inicia sesion con estiramientos mantenidos en miembros inferiores, se continua con ejercicios en cadena cinetica cerrada a tolerancia se continua con ejercicios isometricos y de resistencia muscular con banda elastica 3 series 10 repeticiones Finaliza sesion con ejercicios de estabilidad en bipedo
21-10-2021	8:00	Encuentro Paciente estable en sedente, se inicia Sesion con estiramientos mantenidos en miembros inferiores se realiza terapia con ejercicios biplanares y de resistencia muscular 3 series

Escaneado con CamScanner

00000159

		10 repeticiones se continua con ejercicios de estabilidad y coordinacion en bipedo paciente que le dificulta actividad pero logra ejecutarlo
22-10-2021	8:00	encuentro paciente estable en sedente, se inicia sesion con estiramientos mantenidos en miembros inferiores, se continua con ejercicios isometricos y de resistencia muscular con banda elastica 3 series 10 repeticiones en planos de movimiento, se adapta bipedo donde se trabaja ejercicios de estabilidad y coordinacion, queda paciente en sedente
23-10-2021	8:00	encuentro paciente en sedente, se inicia sesion con estiramientos mantenidos, se trabaja ejercicios de fuerza muscular con pesa de 1 kilo en planos de movimiento 3 series 10 repeticiones paciente colaboradora se continua con ejercicios resistidos con banda elastica en diagonales de movimiento 3 series 10 repeticiones finaliza con ejercicios de estabilidad y coordinacion en bipedo finaliza sin complicacion
25-10-2021	9:00	encuentro paciente estable en sedente, se inicia sesion con estiramientos mantenidos en miembros inferiores, se trabaja ejercicios en cadena cinetica cerrada, se continua con ejercicios resistidos con banda elastica 3 series 10 repeticiones en planos de movimiento, se trabaja ejercicios de estabilidad y coordinacion, paciente colaboradora finaliza sesion sin complicacion
26-10-2021	8:00	encuentro paciente estable en sedente, se evidencia mejoria en estabilidad en un 30%, mejora patron de marcha, disminucion de retracciones musculares en cuadriceps y gemelos, se inicia sesion con estiramientos mantenidos en miembros inferiores, se realiza ejercicios isometricos y de resistencia muscular con banda elastica en planos de movimiento 3 series 10 repeticiones, se trabaja ejercicios de estabilidad y coordinacion en bipedo, finaliza sesion con caminata en diferentes direcciones, queda paciente en sedente.

Escaneado con CamScanner

00000160

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1.001 900 305 Fecha de ingreso: 15-10-2021
Apellidos: Quintero Polanco Nombres: Silvana
Documento de identidad: Tipo: Numero: 1.001 900 305
Fecha de nacimiento: Día: 28 Mes: 12 Año: 2000 Sexo: F M
Municipio: Funza Barrio: Centro Dirección: Estado civil: Soltera
teléfono fijo: Móvil: 321 419 3576 Correo electrónico:
Empresa: Ocupación:
EPS: Famisanar Contributivo: Subsidiado: X
Diagnóstico: Parálisis cerebral CIE10 Nº terapias 10
Acompañante: Osiris Polanco Parentesco: Madre Teléfono
Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldia

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: 10 años

Clínica de atención primaria: —

Exámenes diagnósticos realizados: Niega

Atención de médicos especialistas: Niega

Tratamientos realizados: terapia ocupacional, fisica

Recomendaciones: terapia fisica

Resumen: miembros inferiores, Pie plano marcha sin adiestramientos Dolor lumbar que impide movilidad

ANTECEDENTES:

Patológicos: Hernia umbilical Traumáticos: Niega
Tóxico - alérgicos: Vitamina C Quirúrgicos: Hueso estiramientos tendones
Infecciosos: Niega Farmacológicos: Niega

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:
x Dolor en zona lumbar intermitente
Escala Análoga Verbal 7/10 EAV

Sensibilidad Superficial: conservada

Sensibilidad profunda: conservada

Espasmo: cuadrado lomos Edema: No presenta Inflamación: No presenta

Escaneado con CamScanner

00000161

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

Retracciones Musculares: No Presenta cuadricepJ

Atrofias musculares: No presenta
Tono: Normal

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo _ Pie sobre el plano _ Postura intermedia _ Impulso _
Fase de balanceo: Aceleración _ Oscilación _ Desaceleración _

Aditamentos para la marcha: No utiliza
Esferas mentales superiores: conservada Alerta
Nivel de conciencia: Alerta
Memoria: Conservada
Lenguaje: Conservada

PRAXIAS
- Constructiva: conservado
- Marcha: conservada
- Vestirse: conservada
- Buco – lingua – facial: conservada
- Escritura: conservado

Movimiento involuntario

GNOSIAS

Simples	Gustativas	conservadi
	Visuales	conservada
	Olfativas	conservada
	Auditivas	conservado
Complejos	Visoespaciales	conservado
	Esquema corporal	conservado

& patológicos:
No presento

Movilidad articular:
Dificultad en Patron marcha

Coordinación: Alterado

Equilibrio: Alterado

Postura o actitud postural: Paciente con descenso cadera derecha

Otros sistemas: osteomuscular

Observaciones:
Paciente que es atendida domigo para valoracion y atencion patologia

Diagnostico Fisioterapéutico: Dominio osteomuscular limitacion moderada en las AVD restriccion participacion moderada

Firma terapeuta: Monica J. Fajardo Registro: 0444

Escaneado con CamScanner

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

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.

Dígenos si tiene alguna duda o necesita más información. La 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)

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

Se espera obtener de la terapia;

- ☒ Disminución del dolor
- ☒ Aumento de arcos de movimiento
- ☒ Incremento en la fuerza
- ☐ Mejorar la estabilidad articular

Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 70% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar e 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 a alguna persona que no tenga formación profesional en salud, eje; sobanderos, chamanes, rezanderos, etc..

Fecha: 13-10-2021 Hora 8:00 N° de terapias: 10 Diagnostico: Paralisis C.

Yo t silvana9victoria con documento de identidad: 1001903095 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 s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

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

t silvana9victoria

Firma del paciente

Cc 1001903095

Monica J Fajardo

Firma de la terapeuta

Cc. 1.101.176.011 Registro 04775

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 15-10-2021 hora 9100 N° de terapias 10100

Nombre: Silvana Quintero Cedula: 1001900303

✓ **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 Silvana Quintero con N° de cedula 1001900303

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.

Silvana Quintero

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: 13-10-2021

Firma: Si Naag Quintero

Nombre: Si Naag Quintero

Número de identificación: 1001903036

Escaneado con CamScanner

00000165

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 Silvana quintero identificado con cc 1001900305 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: Silvana quinteP **IDENTIFICACION** 1001900305

FIRMA Silvana quintero

FECHA 15/9/2021 **HORA:** 9+00 **ALCALDIA** X **PARTICULAR**____ **ARL**____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

00000166

TERAPEUTA RESPONSABLE: Monica S Fajardo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: _____ IDENTIFICACION 1001900303

FECHA: 15/08/21 HORA: 9100 ALCALDIA X PARTICULAR ____ ARL ____

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

Escaneado con CamScanner

00000167

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 15-10-2021 HORA: 9400

NOMBRE DEL PACIENTE: Silvana Quintero Cédula: 1001900305

DIAGNOSTICO: Parálisis

DIRECCIÓN: Cra 10 # 12-17

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 (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: Monica Fajardo Cedula: 1.61.176.041

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Silvana Quintero Cedula: 1001900305

Parentesco del paciente: — Firma: Silvana Quintero

Escaneado con CamScanner

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	0
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	10
Conciencia-estado mental • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	0
	TOTAL	10

Dirección: calle 11 N°10-79 Funza (Centro) Tel; 8263636 e-mail; humanavitala.a.s@hotmail.com
Página Web; www.humanavital.com

Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, lunes, 01 de noviembre de 2021 17:56:18 **HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPIA No. 1.001.900.305**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	SILVANA QUINTERO POLANCO	
Identificación	CC 1.001.900.305 Edad: 20 años, 10 meses y 4 días	
Nacimiento	SIN INFORMACIÓN (SIN INFORMACIÓN) jueves, 28 de diciembre de 2000	
Residencia	FUNZA Dirección: KR 7 C 9 56 Teléfono: 3014195516/3102440790	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN	
Responsable	- Parentesco: - Teléfono: 3014195516	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDÍA EPS: AL001 - ALCALDIA DE FUNZA Tipo afiliación: PARTICULAR	
Estado civil: UNIÓN LIBRE (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Género: Femenino

FECHA CONSULTA: viernes, 15 de octubre de 2021 5:30:38 p. m. - EDAD: 20 años, 10 meses y 4 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRÚRGICOS: No refiere
TRAUMÁTICOS: No refiere
TOXICO ALÉRGICOS: No refiere
FARMACOLÓGICOS: No refiere
PATOLÓGICOS: hernia umbilical

MOTIVO DE CONSULTA: paciente con pie plano marcha sin aditamentos, descenso de cadera derecha no manifiesta dolor al caminar
DIAGNOSTICO MEDICO: paciente de 20 años de edad con diagnóstico de parálisis cerebral
OBSERVACIÓN GENERAL: paciente en condiciones generales buenas
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: zona lumbar Intensidad: 7/10 EAV Frecuencia: intermitente

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
COLUMNA -> Lumbar FLEXIÓN: derecho: 0-40 FLEXIÓN: izquierdo: 0-40 EXTENSIÓN: derecho: 0-50 EXTENSIÓN: izquierdo: 0-50 INCLINACIÓN: derecho: 0-50 INCLINACIÓN: izquierdo: 0-50
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Columna lumbar Movimiento: Flexión lumbar Musculo: Oblicuo externo Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Columna lumbar Movimiento: Extensión lumbar Musculo: Sacro lumbar Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Columna lumbar Movimiento: Inclinación Musculo: Transverso Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
RETRACCIONES
Columna lumbar: Sacro lumbar Moderado
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA LATERAL: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Lordosis cervical: NORMAL Cifosis dorsal: NORMAL Lordosis lumbar: NORMAL Pelvis: NORMAL Abdomen: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas
COORDINACIÓN: No evaluada
EQUILIBRIO: No evaluado
TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: Realiza Balanceo de brazos: Realiza Diagnóstico fisioterapéutico: paciente con parálisis cerebral alteración en patrón de marcha limitación leve en las AVd, restricción en la participación leve
Pronóstico fisioterapéutico: reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA

Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Rotadores internos, Flexores, Extensores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios isotónicos, Ejercicios excéntricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción
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). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: sábado, 16 de octubre de 2021 5:36:22 p. m. - EDAD: 20 años, 10 meses y 4 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Reeducación de marcha
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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: lunes, 18 de octubre de 2021 5:38:58 p. m. - EDAD: 20 años, 10 meses y 4 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios en cadena cinética cerrada
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos
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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 19 de octubre de 2021 5:40:49 p. m. - EDAD: 20 años, 10 meses y 4 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéutica
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios en cadena cinética cerrada ejercicios de estabilidad
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Reeducación de marcha

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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: miércoles, 20 de octubre de 2021 5:42:50 p. m. - EDAD: 20 años, 10 meses y 4 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios de estabilidad en bípedo
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Reeducación de marcha
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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: jueves, 21 de octubre de 2021 5:44:25 p. m. - EDAD: 20 años, 10 meses y 4 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios de estabilidad en bípedo
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Reeducación de marcha
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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: viernes, 22 de octubre de 2021 5:45:50 p. m. - EDAD: 20 años, 10 meses y 4 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 7
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Reeducación de marcha
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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: sábado, 23 de octubre de 2021 5:47:04 p. m. - EDAD: 20 años, 10 meses y 4 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 8
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios de estabilidad en bípedo
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos
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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: lunes, 25 de octubre de 2021 5:49:43 p. m. - EDAD: 20 años, 10 meses y 4 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 9
CONDUCTA: modalidad cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios de estabilidad en bípedo
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Reeducación de marcha
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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 26 de octubre de 2021 5:51:31 p. m. - EDAD: 20 años, 10 meses y 4 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 10
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos
TÉCNICAS: FNP
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios de estabilidad en bípedo
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Reeducación de marcha
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que finaliza sesiones de fisioterapia a la valoración final se encontró:
Disminución de dolor en zona lumbar de 4/10 EAV
Sin presencia de inflamación
Mejora estabilidad y coordinación en un 20 %
Aumento de arcos de movimiento en:
COLUMNA -> Lumbar FLEXIÓN: derecho: 0-45 FLEXIÓN: izquierdo: 0-45 EXTENSIÓN: derecho: 0-55 EXTENSIÓN: izquierdo: 0-55 INCLINACIÓN: derecho: 0-55 INCLINACIÓN: izquierdo: 0-55
Aumento de fuerza muscular en:
Articulación: Columna lumbar Movimiento: Flexión lumbar Musculo: Oblicuo externo Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Columna lumbar Movimiento: Extensión lumbar Musculo: Sacro lumbar Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Columna lumbar Movimiento: Inclinación Musculo: Transverso Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Disminución de retracciones musculares
Columna lumbar: Sacro lumbar leve

CONTRACTURAS: Ninguna
DEFORMIDADES: Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MÓNICA JOHANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775
