00000169

	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

8

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Jhaldo Gómez Gómez

DIRECCIÓN: Cra 6 # 24-45 Int 1 **TELÉFONO:** 3153061256

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
21 hoh	10:00 Am	
22 hoh	10:00 Am	
25 hoh	10:00 Am	
26 hoh	10:00 Am	
27 hoh	10:00 Am	
28 hoh	10:00 Am	
29 hoh	11:00 Am	
30 hoh	10:00 Am	

Escaneado con CamScanner

UBALDO GOMEZ GOMEZ

CC: 401174



Escaneado con CamScanner

00000171

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217848 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Cbaldo Gómez Gómez **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 407774

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
21/02/22	10:00 pm	Nueva toma alta de sesión de psicología por pandemia Cv la valoración inicial recae dx: en Ansiedad de hombro de 7/12 según EVA, dolor moderado mueve de 2-1-5 en hombro derecho y 2-1-5 en hombro izquierdo, reducirse movimientos severos en gradosde, Aceleraciones e irritabilidad. Atención en equilibrio dinámico, Paciente hace uso de bastón para traslados y desplazamientos. Fisioterapeuta: Cindy Fernández. Rm: 0245622
22/02/22	10:00 AM	Se realizan ejercicios de movilidad activa en MMSS y MMII, diagonales de Kabat, descargue de peso, fortalecimiento muscular con bandas elásticas, terapia Sedativa con vibración. Fisioterapeuta: Cindy Fernández. Rm: 0245622
23/02/22	10:00 PM	Se realizan ejercicios de movilidad activa en MMSS y MMII, diagonales de Kabat, fortalecimiento muscular con banda elástica, descargue de peso. Fisioterapeuta: Cindy Fernández. Rm: 0245622
24/02/22	10:00 PM	Se realizan ejercicios de movilidad activa en MMSS y MMII, estiramientos musculares, ejercicios de pinza y agarres finos y gruesos, terapia Sedativa con frío. Fisioterapeuta: Cindy Fernández. Rm: 0245622
25/02/22	10:00 PM	Se realizan ejercicios de movilidad activa en MMSS y MMII, diagonales de Kabat, fortalecimiento muscular con banda elástica, ejercicios de pinza y agarres finos en MMSS. Fisioterapeuta: Cindy Fernández. Rm: 0245622
28/02/22	10:00 PM	Se realizan ejercicios de movilidad activa en MMSS y MMII de forma activa, descargue de peso, fortalecimiento muscular con banda elástica, terapia Sedativa con frío. Fisioterapeuta: Cindy Fernández. Rm: 0245622
29/02/22	10:00 PM	Se realizan ejercicios de movilidad activa en MMSS y MMII, diagonales de Kabat, descargue de peso, ejercicios de pinza y agarres, terapia Sedativa con frío y vibración. Fisioterapeuta: Cindy Fernández. Rm: 0245622
30/02/22	10:00 PM	Paciente ingresa a sesión de fisioterapia refiere disminución de dolor de 5/10 según EVA, se realizan ejercicios de movilidad según valoración inicial, disminución muscular se mantiene en 2/5 según pruebas, refiere fortalecimiento equilibrio dinámico. Fisioterapeuta: Cindy Fernández. Rm: 0245622

Escaneado con CamScanner

00000172

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 adverse 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 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
- [ ] 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) 30% 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: 24 ohn Hora 10:00 AM N° de terapias: 8 Diagnostico: M169

Yo _____ con documento de identidad: 40777 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.A
Especialistas en terapias
Nit. 900.217 648 - 1

_____
Firma del paciente

Cc 40777

Sindy Ovalle
Firma de la terapeuta

Cc. 1077476312 Registro 070562

Escaneado con CamScanner

00000173

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

Fecha 22/10/21 hora 10:00am N° de terapias 7

Nombre: Ubaldo Goñez Cedula: 40774

✓ **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 _____ con N° de cedula 40774

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: 27/09/22

Firma: _____

Nombre: _____

Número de identificación: 40424

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

Yo _____ identificado con cc 4077174 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollan.

00000175

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ubaldo Gómez **IDENTIFICACION** 4077174

FIRMA _____

FECHA: 21 hoy **HORA:** 10:00 am **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Escaneado con CamScanner

00000176

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Smilly Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Isaldo Goñez IDENTIFICACION 40774

FECHA: 21/10/22 HORA: 10:00am ALCALDIA ✓ 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, lunes, 01 de noviembre de 2021 18:07:17 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 401.174**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	UBALDO GOMEZ GOMEZ	
Identificación	CC 401.174 Edad: 76 años, 2 meses y 19 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) lunes, 13 de agosto de 1945	
Residencia	FUNZA Dirección: CR 6 NRO 24 A 45 Teléfono: 00	
Ocupación	HOGAR	
Responsable	- Parentesco: - Teléfono: 3153061256/3224147844	
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: jueves, 21 de octubre de 2021 9:28:14 p. m. - EDAD: 76 años, 2 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 1
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, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Aductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria por continuidad a la valoración inicial se evidencia:

- Paciente quien refiere dolor en miembro superior derecho con calificación de 8/10 según EVA
- Rangos de movilidad limitados para CADERA -> FLEXION: derecho: 40° FLEXION: izquierdo: 40° EXTENSION: derecho: 10° EXTENSION: izquierdo: 10° Abd: derecho: 30° Abd: izquierdo: 30° Dad: derecho: -10° Dad: izquierdo: 0
RODILLA -> FLEXION: derecho: 60° FLEXION: izquierdo: 60° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: -10°
- Se evidencian retracciones musculares severas en gastro soleos, isquiotibiales y cuádriceps
- Desempeño muscular de 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de tren superior e inferior
- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración
- Se evidencia alteración en equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 22 de octubre de 2021 9:33:10 p. m. - EDAD: 76 años, 2 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien ingresa en óptimas condiciones generales, se realiza terapia sedativa (electroterapia, masoterapia). Se realizan estiramientos en tren superior. Se trabaja propiocepción. Paciente sale 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: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: lunes, 25 de octubre de 2021 9:35:24 p. m. - EDAD: 76 años, 2 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA

Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, , Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 26 de octubre de 2021 9:37:30 p. m. - EDAD: 76 años, 2 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
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, Supinación, Supinación, Pronación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 27 de octubre de 2021 9:41:14 p. m. - EDAD: 76 años, 2 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Paciente quien ingresa en óptimas condiciones generales, se realiza terapia sedativa (electroterapia, masoterapia). Se realizan estiramientos en tren superior. Se trabaja propiocepción. Paciente sale 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: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 28 de octubre de 2021 9:43:40 p. m. - EDAD: 76 años, 2 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
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, Aductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural 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: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 29 de octubre de 2021 6:00:01 p. m. - EDAD: 76 años, 2 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Flexores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, , Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, 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: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 30 de octubre de 2021 6:02:46 p. m. - EDAD: 76 años, 2 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 8
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Masaje: 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, 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 propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente quien refiere disminución de dolor en miembro superior derecho con calificación de 5/10 según EVA
- Rangos de movilidad se mantienen según calificación inicial para CADERA -> FLEXION: derecho: 40° FLEXION: izquierdo: 40° EXTENSION: derecho: 10° EXTENSION: izquierdo: 10° Abd: derecho: 30° Abd: izquierdo: 30° Dad: derecho: -10° Dad: izquierdo: 0
RODILLA -> FLEXION: derecho: 60° FLEXION: izquierdo: 60° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: -10°
- Se mantienen retracciones musculares severas en gastro soleos, isquiotibiales y cuádriceps
- Se mantiene desempeño muscular de 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de tren superior e inferior

- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración
- Mejoro levemente equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
- Paciente quien hace uso de ayuda técnica de bastón para desplazamientos fuera de su hogar

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: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562
