00000186

	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: Aidan Penagos Suarez

DIRECCIÓN: Cll 23 # 6-50 TELÉFONO: 3132134271

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
23/10/21	10:00	
25/10/21	14:00	
26/10/21	16:00	
27/10/21	17:00	
28/10/21	15:00	
29/10/21	13:00	

Escaneado con CamScanner

AIDEN PENAGOS

3024245



Escaneado con CamScanner

00000188

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Aiden Reyes DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 3024245

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
23/10/21	10:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se da entrada al servicio con actividad motora fina, funcionalidad, agarre de pinza, manejo de espacio y creatividad. Se evalúa sus complicaciones, paciente que permanece solo. Mª Angélica Bautista
25/10/21	14:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza actividad de asociación, discriminación visual y grafismo. Se evalúa sus complicaciones, paciente que permanece solo. Mª Angélica Bautista
26/10/21	16:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Paciente que se encuentra solo en su domicilio, se realiza actividad de encuentro, se evidencia simple y seguimiento de instrucciones. Mª Angélica Bautista
27/10/21	17:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza actividad de ensacado de plastilina, agarre de pinza y uso de espacio. Se evalúa sus complicaciones, paciente que permanece solo. Mª Angélica Bautista
28/10/21	15:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza actividad de integración bucal, coloreado y seguimiento de instrucciones. Se evalúa sus complicaciones, paciente que permanece solo. Mª Angélica Bautista
29/10/21	13:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza actividad de ensacado, secuenciación simple y control visual. Se observa adecuado cumplimiento de las actividades por lo que usa el acompañamiento terapéutico. Se evalúa sus complicaciones. Mª Angélica Bautista

Escaneado con CamScanner

00000189

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
- [ ] 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
- [ ] Estimulación sensorial
- [ ] Manejo de ritmos de trabajo
- [x] Estimulación cognitiva
- [ ] Otros

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 90 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: 23/10/21 Hora: 10:00 Nº de Terapias: 6 Diagnóstico: Retraso mental profundo

Yo Luis Rodriguez con documento de identidad: 79122615 como (parentesco con el Paciente) Sobrino en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) Aiden Restrepo con documento de identidad (del paciente) 3024245

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

Firma paciente

cc. 79122615

Firma profesional

cc. 1032359873 RP _____

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: 23/10/21

Firma:

Nombre: Aidee Penagos

Número de identificación: 30242[illegible]

Escaneado con CamScanner

Fecha 23/10/21 hora 10:00 N° de terapias 6

Nombre: Aden Penagos Cedula: 3024245

✓ **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 Luo Rodas con N° de cedula 79122615

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

00000192

AUTORIZACIÓN

Yo Luis Rocha identificado con cc 74122615 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: Arbey Pavagos *IDENTIFICACION* 3024245

FIRMA

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

Escaneado con CamScanner

00000193

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: Lic Angelica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Arden Penagos **IDENTIFICACION** 3024245

FECHA: 23/10/21 **HORA:** 10:00 **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, miércoles, 03 de noviembre de 2021 23:43:07 **HISTORIA CLÍNICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 3.024.245**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	AIDEN PENAGOS SUAREZ	
Identificación	CC 3.024.245 Edad: 68 años, 8 meses y 10 días	
Nacimiento	FUNZA (SIN INFORMACIÓN) martes, 24 de febrero de 1953	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 23 # 6-50 Teléfono: NO REFIERE	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN	
Responsable	NO REFIERE Parentesco: NO REFIERE Teléfono: NO REFIERE	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDÍA EPS: AL001 - ALCALDÍA DE FUNZA Tipo afiliación: PARTICULAR	
Estado civil: SOLTERO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Género: Masculino

FECHA CONSULTA: sábado, 23 de octubre de 2021 10:00:38 p. m. - EDAD: 68 años, 8 meses y 10 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se da continuidad del servicio con actividad motora fina, favoreciendo agarre de pinza, manejo de espacio y creatividad; paciente que permanece solo.
TRABAJO REALIZADO: PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Creatividad
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se da continuidad del servicio.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F710-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MÍNIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: lunes, 25 de octubre de 2021 1:00:46 p. m. - EDAD: 68 años, 8 meses y 10 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de asociación, discriminación visual y atención; paciente que permanece solo.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Comprensión de ordenes
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F710-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MÍNIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: martes, 26 de octubre de 2021 4:00:45 p. m. - EDAD: 68 años, 8 meses y 10 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Paciente que se encuentra solo en su domicilio, se realiza actividad de ensartado, secuenciación simple y seguimiento de instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Memoria
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F710-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MÍNIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: miércoles, 27 de octubre de 2021 5:00:43 p. m. - EDAD: 68 años, 8 meses y 10 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 17 Hora de salida: 18 No. de sesión: 4

CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de amasado de plastilina, agarre de pinza y manejo de espacio; paciente que permanece solo.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Amasado
PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Creatividad
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F710-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MÍNIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: jueves, 28 de octubre de 2021 3:00:39 p. m. - EDAD: 68 años, 8 meses y 10 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de integración bilateral, coloreado y seguimiento de instrucciones; paciente que permanece solo.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Coloreado
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F710-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MÍNIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: viernes, 29 de octubre de 2021 1:00:18 p. m. - EDAD: 68 años, 8 meses y 10 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de encajado, secuenciación simple y concentración.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Memoria
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina ciclo evidenciando mantenimiento en las habilidades con las que inicio el acompañamiento terapéutico.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F710-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MÍNIMO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273
