00000414

	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: Brayan Ruban Alarcon

DIRECCIÓN: calle 18 N° 15 - 25 **TELÉFONO:** 8269266

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
23|10|2021	11:00	
25|10|2021	11:00	Kelly Salgado
26|10|2021	11:00	
27|10|2021	11:00	
28|10|2021	11:00	
29|10|2021	11:00	

00000415



Brayab duban alarcon 1073527811

00000416

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Brayan Duban Alarcon **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1073527811

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
23/10/2021	11:00	Paciente Con quien se da Continuidad a proceso por terapia ocupacional se promueve Coordinación oculo manual actividad de ejecución de alcances finaliza sesión se da indicaciones.
25/10/2021	11:00	Paciente Con quien se promueve integración a estimulo tactil uso de textura sobre algodon estimulo ascendente finaliza sesión se da indicaciones.
26/10/2021	11:00	paciente Con quien se promueve fortalecimiento muscular para miembros superiores actividad Con uso de banda elastica finaliza sesión se da indicaciones.
27/10/2021	11:00	Paciente Con quien se promueve integracion a estimulo propioceptivo movilidad articular Con contracciones finaliza sesión se da indicaciones finaliza sesión se da indicaciones
28/10/2021	11:00	paciente Con quien se promueve Coordinación integración bilateral actividad encajado y desencajado de piezas en plano inclinado uso de material didactico finaliza sesión se da indicaciones.
29/10/2021	11:00	paciente quien finaliza ciclo de intervención por medio del proceso se promovió el mantenimiento de habilidades para patron manual funcional en ejecución de agarres y alcances amplitud articular fortalecimiento muscular integración sensorial finaliza sesión se da indicaciones.

00000417

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
- [x] Actividades terapéuticas para aumentar fuerza muscular
- [x] Desarrollo de patrones funcionales (mano-parte del cuerpo)
- [x] Entrenamiento de patrones integrales (mano-acción motora)
- [x] Manejo de coordinación
- [x] Control motor y conciencia corporal
- [ ] Manejo de sensibilidad
- [x] Estimulación sensorial
- [ ] Manejo de ritmos de trabajo
- [ ] Estimulación cognitiva
- [ ] Otros

_____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 75% 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: 22/10/2021 Hora: 11:00 Nº de Terapias: 7 Diagnóstico: Autismo en la niñez

Yo Carlos [illegible] con documento de identidad: 79591003 como (parentesco con el Paciente) papá en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) Braylan [illegible] con documento de identidad (del paciente) 1073527831

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

Firma paciente

CC. 79591003

Firma profesional

CC. 52664540 RP 018865

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: 22/10/2021

Firma: _____

Nombre: Carlos Hoyos Alvarez

Número de identificación: 79594003 Bta.

Fecha 22/10/2021 hora 11 N° de terapias 7

Nombre: Brayan Ruben Alarcon Chiquiza Cedula: 1073527811

✓ **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 [signature] con N° de cedula 7954003 /

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.

[signature]

Firma del paciente o responsable

00000420

AUTORIZACIÓN

Yo Carlos. [illegible] identificado con cc 79590031 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: Brayan Alarcon ***IDENTIFICACION*** 1073527811

FIRMA [illegible]

FECHA: 22/10/2021 ***HORA:*** 11:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** ____ ***ARL*** ____

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS 00000421

TERAPEUTA RESPONSABLE: Jenny silva

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Brayan Alarcon *IDENTIFICACION* 1073527811

FECHA: 22/10/2021 *HORA:* 11:00 *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	

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, viernes, 05 de noviembre de 2021 22:25:14 **HISTORIA CLÍNICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.073.527.811**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	BRAYAN DUVAN ALARCÓN CHIQUIZA	
Identificación	CC 1.073.527.811 Edad: 43 años, 4 meses y 2 días	
Nacimiento	SIN INFORMACIÓN (SIN INFORMACIÓN) lunes, 03 de julio de 1978	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 18 # 15 - 25 MANZ E CAS 7 Teléfono: 3184794236	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN	
Responsable	. Parentesco: Teléfono: 3184794236	
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 6:27:36 a. m. - EDAD: 43 años, 4 meses y 2 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 1
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateó, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de ordenes
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Alimentación, Vestido, Traslados, Transferencias
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se da continuidad a proceso por terapia ocupacional se promueve coordinación óculo manual actividad ejecución de alcances finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F788-OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado 1: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: lunes, 25 de octubre de 2021 6:29:45 a. m. - EDAD: 43 años, 4 meses y 2 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 2
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateó, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Alimentación, Vestido, Traslados, Transferencias
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se promueve integración a estimulo táctil uso de textura suave algodón estimulo ascendente finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F788-OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado 1: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: martes, 26 de octubre de 2021 6:31:29 a. m. - EDAD: 43 años, 4 meses y 2 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 3

CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateó, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de ordenes
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Tolerancia a la frustración
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Autocuidado, Alimentación, Vestido, Traslados
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se promueve fortalecimiento muscular para miembros superiores actividad con uso de banda elástica finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F788-OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado 1: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: miércoles, 27 de octubre de 2021 6:33:05 a. m. - EDAD: 43 años, 4 meses y 2 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 4
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateó, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de ordenes
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Alimentación, Vestido, Traslados, Transferencias, Pautas de crianza
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se promueve integración a estimulo propioceptiva movilidad articular concentraciones finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F788-OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado 1: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: jueves, 28 de octubre de 2021 6:35:51 a. m. - EDAD: 43 años, 4 meses y 2 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 5
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateó, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Tolerancia a la frustración, Seguimiento de instrucciones, Creatividad, Tiempos de ejecución
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Alimentación, Vestido, Traslados, Transferencias
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se promueve coordinación integración bilateral actividad encajado y desencajado de pines en plano inclinado uso de material didáctico finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F788-OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado 1: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865

FECHA CONSULTA: viernes, 29 de octubre de 2021 6:39:38 a. m. - EDAD: 43 años, 4 meses y 2 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 6
CONDUCTA: paciente con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateó, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de ordenes
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Alimentación, Vestido, Traslados, Transferencias
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con quien se finaliza ciclo de intervención por medio del proceso terapéutico se promovió el mantenimiento de habilidades para patrón manual funcional en ejecución de agarres y alcances amplitud articular fortalecimiento muscular integración sensorial finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F788-OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado 1: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 018865
