00000234

	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: Fabian Felipe Oyuela Castillo

DIRECCIÓN: Cra 2 #21-55 I.14 Apt. 303 **TELÉFONO:** 8216689 3214370196 3132636274

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
22/10/21	11:00	Harlene Castillo Bernal
25/10/21	12:00	Harlen Castillo Bernal.
27/10/21	12:00	Harlen Castillo Bernal
28/10/21	12:00	Harlen Castillo Bernal.
29/10/21	12:00	Harlen Castillo Bernal.
30/10/21	11:00	Harlen Castillo Bernal.

Escaneado con CamScanner

FABIAN ORJUELA
1016034905



Escaneado con CamScanner

00000236

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Fabian Felipe Oyuela DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1016034905

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
22/10/21	11:00	Se realiza protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 Se realiza valoración inicial y se brinda información del servicio Se realiza sus complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
23/10/21	12:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 Se realiza estimulación sensorial facial y aplicación de técnicas de facilitación neuromuscular en MMSS. Se realiza sus complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
27/10/21	12:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 Se realiza estimulación sensorial facial y aplicación de técnicas de facilitación neuromuscular en MMSS. Se realiza sus complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
28/10/21	12:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 Se realiza estimulación sensorial facial y aplicación de técnicas de facilitación neuromuscular en MMSS. Se realiza sus complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
29/10/21	12:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza estimulación sensorial facial y aplicación de técnicas de facilitación neuromuscular en MMSS. Se realiza sus complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
30/10/21	11:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 Se realiza estimulación sensorial facial y maniobras para MMSS se cubre dolor de terapias evidenciado mediante escala de las actividades con las que usan el acompañamiento terapéutico. Se realiza sus complicaciones. Mª Angelica Gonzalez

Escaneado con CamScanner

00000237

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 1016034905 Fecha de ingreso: 22/10/21
Apellidos: Orjuela Castillo Nombres: Fabian Felipe
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 1016034905
Fecha de nacimiento: Día: 02 Mes: 09 Año: 1988 sexo: F: ___ M: X Estado civil: Soltero Municipio: Funza Barrio: El Hato
Dirección: Cra 7 #21-11 Teléfono fijo: 8216689 Móvil: 3214370196
Correo electrónico: ocupacion: N/A
Entidad de salud: Sanitas Vinculación: Contributivo Empresa: Beneficiario
N° de terapias: 6 Diagnostico: Epilepsia refractaria, Retraso mental moderado
Acompañante: Nubia Castillo Parentesco: Mamá Teléfono: 3214370196

Cronología de la enfermedad:
Fecha y hora del accidente de trabajo: ———
fecha de reconocimiento de la enfermedad laboral: ———
fecha del reconocimiento de la enfermedad general: Nacimiento
fecha y hora del accidente de transito: ———
clínica de atención primaria: ———
Exámenes diagnósticos realizados: ———
atención de médicos especialistas: Neurologia
tratamientos realizados: ———
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias: Acompañamiento

Antecedentes:
Patoiogicos: Epilepsia y Retraso mental Traumaticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Niega
Infecciosos: Niega Farmacologios: Valcote, Inbida, Lacosamida, Haloperidol

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

F= Funcional SF=Semifuncional NF=No Funcional NA=No aplica

Actividades de la Vida Diaria BÁSICAS	Descripción
Cuidado Personal	No funcional
Movilidad funcional	Semi-funcional

Escaneado con CamScanner

00000238

Locomoción	Sout funcional
INSTRUMENTALES	
Comunicación Comprensión Rutina de medicamentos Manejo del dinero Manejo del transporte Manejo del hogar	NO funcional
TRABAJO	NO funcional

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL

Componente sensoriomotor	Funcional	semifuncional	disfuncional	No aplica	Observaciones
Integración sensorial					
Conciencia sensoria					
*Tactil	✓				
*Auditiva		✓			
*Visual			✓		
*Olfativo		✓			
*vestibular		✓			
*Cognitivo			✓		
*Procesamiento sensorial					
Destrezas perceptuales					
*Esterognosia		✓			
*Respuesta al dolor		✓			
*Kinestesia		✓			
*oclusión visual		✓			
*Figura-fondo		✓			
*Relaciones espaciales		✓			
*Esquema Corporal					
Neuromuscular		✓			
*Reflejo					

Escaneado con CamScanner

*Arco de movimiento *Tono muscular *fuerza *Resistencia *Control postural *Integridad de tejidos blandos	✓ ✓ ✓ ✓ ✓				
Motor					
*Tolerancia a la actividad *coordinación motora gruesa *Coordinación motora fina *cruzar línea media *Lateralidad *integración bilateral *Control oral motor		✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓		
Integración cognitiva y componentes cognitivos	**Funcional**	**semifuncional**	**disfuncional**	**No aplica**	**Observaciones**
Nivel de alertas a estímulos			✓		
Orientación			✓		
Reconocimiento			✓		
Tiempo de atención			✓		
Memoria			✓		
Secuenciación			✓		
Categorización			✓		
Formación de conceptos			✓		
Operaciones intelectuales en el espacio			✓		

DESTREZAS PSICOSOCIALES Y COMPONENTES PSICOLÓGICOS

Psicológicos	**Funcional**	**semifuncional**	**disfuncional**	**No aplica**	**Observaciones**
*Roles *Valores *Intereses *Iniciación de la actividad *Terminación de la actividad *Concepto de si mismo			✓ ✓ ✓ ✓ ✓		

Escaneado con CamScanner

00000240

Sociales					
*Conducta social					
*Conversación			✓		
*expresión			✓		
Manejo de si mismo			✓		
*Destreza para manejar y resolver las dificultades			✓		
*Manejo del tiempo					
*Autocontrol			✓		

Concepto ocupacional: Paciente de 33 años con diagnostico ausentismo laboral en TVD con alteracion significativa en habilidades cognitivas

Historia ocupacional: Paciente que no realiza actividad laboral ni de ocio,,

Nombre del terapeuta: Ma Angelica Gaviria

Firma: Ma Angelica Gaviria T

N° de registro 1032358274

Escaneado con CamScanner

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)
- [ ] Manejo de coordinación
- [ ] 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) 50% 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: 22/10/21 Hora: 11:00 Nº de Terapias: 6 Diagnóstico: Epilepsia y Retraso mental

Yo Maritere Castillo con documento de identidad: 20903735 como (parentesco con el Paciente) Madre en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) Fabian Felipe Oyola con documento de identidad (del paciente) 1016034905

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

Maritere Castillo Bernal

Firma paciente

cc 20903735

Mª Angélica Gonzalez T

Firma profesional

cc 1032378223 RP _____

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: 22/10/21

Firma: Nayive Castillo Bernal

Nombre: Nayive Castillo

Número de identificación: 20903735

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 22/10/21 hora 11:00 N° de terapias 6

Nombre: Fabian Felipe Arguello Cedula: 1016034905

✓ **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 Manuel Castillo con N° de cedula 20903735

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.

Manuel Castillo Bernal

Firma del paciente o responsable

Escaneado con CamScanner

00000244

AUTORIZACIÓN

Yo Marlene Castillo identificado con cc 20903735 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: Fabian Orjuela **IDENTIFICACION** 1016035405

FIRMA Marlene Castillo Bernal

FECHA: 22/10/21 **HORA:** 11:00 **ALCALDIA** X **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Escaneado con CamScanner

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS 00000245

TERAPEUTA RESPONSABLE: Lic Angelica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Fabian Oyuela IDENTIFICACION 1016034905

FECHA: 22/10/21 HORA: 11:00 ALCALDIA X PARTICULAR_____ ARL_____

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

Escaneado con CamScanner

00000246

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 22/10/21 HORA: 11:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Fabian Felipe Oyuela Cédula: 1016034907

DIAGNOSTICO: Epilepsia y Retraso mental moderado

DIRECCIÓN: Cr 2 # 21-55

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: Mª Angelica Gonzalez Cedula: 1032398243

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Monteue Castillo Cedula: 29903735

Parentesco del paciente: Madre Firma: Maricel Castillo Bonilla

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	15
Ayuda para deambular: • Reposo en cama/ asistencia de enfermería • Bastón/muletas/caminador. • Se apoya en los muebles.	Puntaje 0 Puntaje 15 Puntaje 30	15
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	15
	TOTAL	55

Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, miércoles, 03 de noviembre de 2021 23:49:45 **HISTORIA CLÍNICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.016.034.905**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	FABIAN FELIPE ORJUELA CASTILLO	
Identificación	CC 1.016.034.905 Edad: 33 años, 2 meses y 1 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) viernes, 02 de septiembre de 1988	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 2 # 21 -55 APT 303 TORRE 14 Teléfono: 8216689/3214370196/3132636274	
Ocupación	9998 - NO APLICA	
Responsable	NO REFIERE Parentesco: NO REFIERE Teléfono: NO REFIERE	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDÍA EPS: AL001 - ALCALDÍA DE FUNZA Tipo afiliación: PARTICULAR	
Estado civil: SEPARADO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Género: Masculino

FECHA CONSULTA: viernes, 22 de octubre de 2021 11:00:26 a. m. - EDAD: 33 años, 2 meses y 1 días
ANTECEDENTES
- PERSONALES: No refiere
- PATOLÓGICOS: Epilepsia Refractaria
Retraso mental moderado
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLÓGICOS: Valcote, Lacosamida, Haloperidol y Urbadan.
- QUIRÚRGICOS: No refiere
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Ninguna
MOTIVO DE CONSULTA: Paciente del programa de discapacidad de la Alcaldía de Funza
POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general
ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con diagnóstico de Epilepsia refractaria y retraso mental moderado de nacimiento.
VALORACIÓN TERAPIA OCUPACIONAL
HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS
- Fuerza muscular: MSD Presente MSI Presente
- Amplitud articular: MSD Presente MSI Presente
HABILIDADES MOTORAS GRUESAS
- Posición bípeda:SI
DESPLAZAMIENTO
- Marcha:SI
IMAGEN CORPORAL
- Reconocimiento:NO
- Concepto:NO
HABILIDADES GRAFOMOTORAS
- Dominancia manual: MSD Ausente MSI Ausente
- Corta con tijeras: MSD Ausente MSI Ausente
- Realiza una torre: MSD Ausente MSI Ausente
- Hace garabateo: MSD Ausente MSI Ausente
- Hace enhebrado: MSD Ausente MSI Ausente
- Hace encajado: MSD Ausente MSI Ausente
- Rasgado de papel: MSD Ausente MSI Ausente
- Fuerza en escritura: MSD Ausente MSI Ausente
- Fuerza en coloreado: MSD Ausente MSI Ausente
PATRONES INTEGRALES
- Alcanzar: MSD Presente MSI Presente
- Lanzar: MSD Presente MSI Presente
- Agarre cilíndrico: MSD Presente MSI Presente
- Agarre a mano llena: MSD Presente MSI Presente
- Agarre dígito palmar: MSD Ausente MSI Ausente
- Agarre dígito-digital: MSD Presente MSI Presente
- Enganche: MSD Presente MSI Presente
- Pinza fina: MSD Ausente MSI Ausente
- Pinza lateral: MSD Ausente MSI Ausente
PATRONES FUNCIONALES

- Mano-Cabeza: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Boca: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Cuello: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Hombro contralateral: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Hombro IPSI-Lateral: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Espalda: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Glúteo: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Pie: MSD Presente MSI Presente

HABILIDADES SENSORIALES
- Seguimiento visual:NO
- Seguimiento auditivo:NO
- Responde al nombre:SI
- Ajustes posturales:SI

HABILIDADES COGNITIVAS
- Atención:NO
- Concentración:NO
- Comprensión de ordenes:SI
- Memoria:NO
- Calculo:NO
- Orientación en tiempo:NO
- Orientación en espacio:NO
- Iniciativa:NO
- Imitación creatividad:NO

HABILIDADES PROCESAMIENTO
- Tolerancia a la actividad:NO
- Tolerancia a la frustración:NO
- Seguimiento de instrucciones:NO
- Creatividad:NO

HABILIDADES SOCIALES
- Interactúa con familia:NO
- Interactúa con otros:NO

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Dependiente
- Vestido: Dependiente
- Higiene menor: Dependiente
- Higiene mayor: Dependiente
- Traslados: Semi-Independiente
- Transferencias: Semi-Independiente
- Hábitos y rutinas: Dependiente

OBSERVACIONES: Ninguna

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR
- CUELLO
  Rotación derecha: Bueno
  Rotación izquierda: Bueno
  Inclinación derecha: Bueno
  Inclinación izquierda: Bueno
  Flexión: Bueno
  Extensión: Bueno
- ESCAPULA
  Elevación: MSD Bueno MSI Bueno
  Depresión: MSD Bueno MSI Bueno
  Abducción y rotación: MSD Bueno MSI Bueno
  Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
  Depresión y rotación: MSD Bueno MSI Bueno
- HOMBRO
  Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
  Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
  Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
  Aducción horizontal: MSD Bueno MSI Bueno

Rotación interna: MSD Bueno MSI Bueno
Rotación externa: MSD Bueno MSI Bueno
- CODO
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
- ANTEBRAZO
Supinación: MSD Bueno MSI Bueno
Pronación: MSD Bueno MSI Bueno
- MUÑECA
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
- PULGAR
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
Oponencia: MSD Bueno MSI Bueno
- DEDOS
Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
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 realiza valoración inicial a paciente de 33 años con diagnósticos anotados, no funciona en AVD y con alteración significativa en habilidades cognitivas; paciente que no realiza actividad laboral ni de ocio.
TRABAJO REALIZADO: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza valoración inicial a paciente de 33 años con diagnósticos anotados, no funciona en AVD y con alteración significativa en habilidades cognitivas; paciente que no realiza actividad laboral ni de ocio.
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). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: lunes, 25 de octubre de 2021 12:00:37 p. m. - EDAD: 33 años, 2 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de estimulación sensorial táctil y movilización pasiva en MMSS.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Amplitud articular
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil
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: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO 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 12:00:25 p. m. - EDAD: 33 años, 2 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza estimulación sensorial táctil y aplicación de técnicas de facilitación neuromuscular en MMSS.

TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Tono muscular
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo
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: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO 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 12:00:30 p. m. - EDAD: 33 años, 2 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de estimulación sensorial táctil y movilización pasiva en MMSS.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Amplitud articular
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO 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 12:00:30 p. m. - EDAD: 33 años, 2 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza estimulación sensorial táctil y aplicación de técnicas de facilitación neuromuscular en MMSS.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Tono muscular
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo
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: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: sábado, 30 de octubre de 2021 11:00:33 a. m. - EDAD: 33 años, 2 meses y 1 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de estimulación sensorial táctil y movilización pasiva en MMSS.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Amplitud articular
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina ciclo de terapias 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: G408-OTRAS EPILEPSIAS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F718-RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273
