00000292

	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: Juan Sebastian Rojas Peña

DIRECCIÓN: Cll 22 A #28 B 11-08 TELÉFONO: 9224384
3133850160

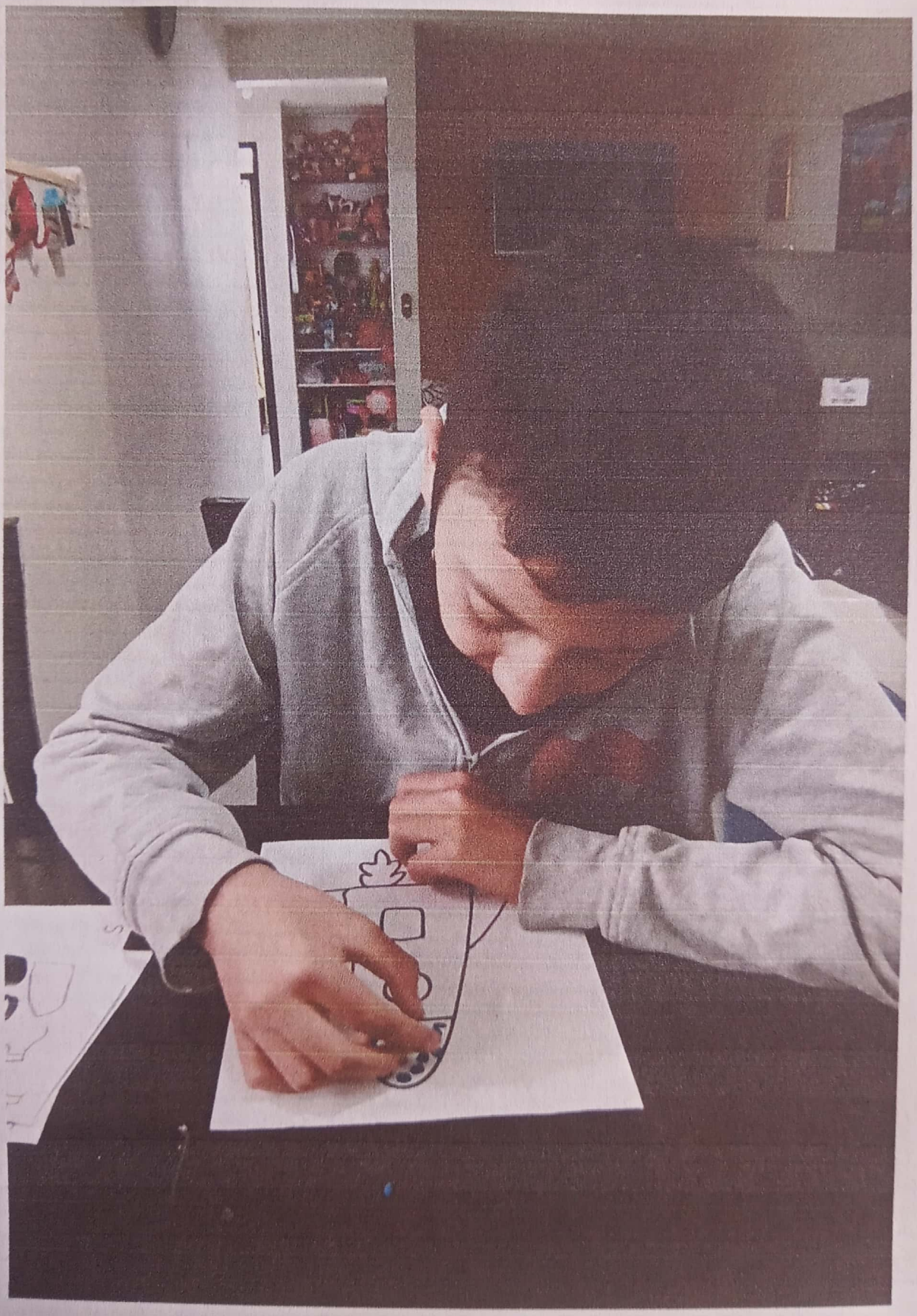
FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
22/10/21	12:00	Lucia Peña.
25/10/21	13:00	Lucia Peña.
26/10/21	13:00	Lucia Peña.
27/10/21	13:00	Lucia Peña.
28/10/21	13:00	Lucia Peña.
29/10/21	11:00	Orlando Rojas.

Escaneado con CamScanner

00000293

JUAN SEBASTIÁN ROJAS

1073236059



Escaneado con CamScanner

00000294

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Sebastian Rojas DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073236059

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
22/10/21	12:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza valoración inicial y se brinda información del servicio. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Bautista
25/10/21	13:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 Se realiza actividad de encuentro de pares, seguimiento de instrucciones y juego de espejo. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Bautista
26/10/21	13:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 Se realiza actividad de asociación, discriminación visual y concentración. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Bautista
27/10/21	13:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 Se realiza actividad de encuentro de plastilina, juego de espejo y seguimiento de instrucciones. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Bautista
28/10/21	13:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza actividad de encuentro de pares, coordinación viso manual y seguimiento de instrucciones. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Bautista
29/10/21	11:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 Se realiza actividad de reconocimiento de figuras, atención y seguimiento de instrucciones. Se finaliza lista de terapias, evidenciando mantenimiento en las habilidades motoras finas, aplicación, habilidades cognitivas y sensibilidad corporal. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Bautista

Escaneado con CamScanner

00000295

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 1073236059 Fecha de ingreso: 22/10/21
Apellidos: Rojas Peña Nombres: Juan Sebastian
Documento de identidad: Tipo: TI Número: 1073 236059
Fecha de nacimiento: Día: 12 Mes: 06 Año: 2008 sexo:F: ___ M: X Estado civil: Soltero Municipio: Funza Barrio: Ciudad Landia
Dirección: Cll 22A #28 Bis-08 Teléfono fijo: 9224384 Móvil: 3133850166
Correo electrónico: ___ ocupacion: N/A
Entidad de salud Famisanar Vinculación: Beneficiario Empresa: ___
N° de terapias: 6 Diagnostico: Retraso en el desarrollo, Esclerosis Tuberosa, Epilepsia
Acompañante: Luz Peña Parentesco: Mama Teléfono: 3133850166

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: 7 años aprox
fecha y hora del accidente de transito: ___
clínica de atención primaria: ___
Exámenes diagnósticos realizados: ___
atención de médicos especialistas: Neurologia, Psiquiatria, Audiologia, Fisiatria
tratamientos realizados: ___
Recomendaciones ~~dadas hasta~~ la fecha de ingreso de las terapias: ___

Antecedentes:
Patologicos: Retraso en el Dlo, Epilepsia Traumaticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Niega
Infecciosos: Niega Farmacologios: Vigabatrina

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

Actividades de la Vida Diaria BÁSICAS	Descripción
Cuidado Personal	Semi- funcional
Movilidad funcional	S Funcional

Escaneado con CamScanner

Locomoción	semi- funcional
INSTRUMENTALES	
Comunicación Comprensión Rutina de medicamentos Manejo del dinero Manejo del transporte Manejo del hogar	semi- 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 estimulos		✓			
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

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

Concepto ocupacional: Paciente de 13 años con diagnostico ~~con~~ autismo, dependiente en AVD y con alteracion en habilidades cognitivas.

Historia ocupacional: Paciente que realiza actividades de ocio.

Nombre del terapeuta: Ma Angelica Gonzalez

Firma: Ma Angelica Gonzalez

N° de registro 1032378247

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
- [ ] Estimulación sensorial
- [ ] Manejo de ritmos de trabajo
- [x] 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: 12:00 N° de Terapias: 6 Diagnóstico: Retraso en el Desarrollo epilepsia

Yo Lucia Peña con documento de identidad: 52661721 como (parentesco con el Paciente) Madre en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) Juan Sebastian Rojas con documento de identidad (del paciente) 1073236859

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

Lucia Peña

Firma paciente

cc. 52'661.721

Ma Angelica Gonzalez T

Firma profesional

cc. 1032[illegible]273 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: Lucia Pena.

Nombre: Lucia Pena

Número de identificación: 52661721

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 22/10/21 hora 12:00 N° de terapias 6

Nombre: Juan Sebastian Rojas Cedula: 1073236859

✓ **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 Lucia Peña con N° de cedula 52661721

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.

Lucia Peña.

Firma del paciente o responsable

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

00000302

Yo Lucia Peña identificado con cc 52.661.721 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: Juan Sebastian Noguera ***IDENTIFICACION*** 1073236089

FIRMA Lucia Peña.

FECHA: 22/10/21 ***HORA:*** 12:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Escaneado con CamScanner

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: Mg Angelica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Lucia Sebastian Roja *IDENTIFICACION* 1073236059

FECHA: 22/10/21 *HORA:* 12:00 *ALCALDIA* X *PARTICULAR*_____ *ARL*_____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Lucia Peña
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Lucia Peña.
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Lucia Peña.
PLAN CASERO	Lucia Peña.
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Lucia Peña.

Escaneado con CamScanner

00000304

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 22/10/21 HORA: 12:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Sebastian Rojas Cédula: 1073236059

DIAGNOSTICO: Retraso en el desarrollo, Epilepsia

DIRECCIÓN: Cll 22A #28 BIS-08

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: Angelica Gonzalez Cedula: 1032378213

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Lucia Peña Cedula: 52661721

Parentesco del paciente: Madre Firma: Lucia Peña.

Escaneado con CamScanner

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

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	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	0
Conciencia-estado mental: • Consiente de sus capacidades y limitaciones • No consiente de sus limitaciones	Puntaje 0 Puntaje 15	15
	TOTAL	30

Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, miércoles, 03 de noviembre de 2021 23:35:09 **HISTORIA CLÍNICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.073.236.059**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JUAN SEBASTIÁN ROJAS PEÑA	
Identificación	TI 1.073.236.059 Edad: 12 años, 4 meses y 22 días	
Nacimiento	SIN INFORMACIÓN (SIN INFORMACIÓN) viernes, 12 de junio de 2009	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 21A # 2BBIS - 8 Teléfono: 3133850166	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN	
Responsable	ALABA LUCIA PEÑA Parentesco: MAMÁ Teléfono: 3133850166	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDÍA EPS: EPS017 - EPS FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO Tipo afiliación: PARTICULAR	
Estado civil: SOLTERO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Género: Masculino

FECHA CONSULTA: viernes, 22 de octubre de 2021 12:00:52 p. m. - EDAD: 12 años, 4 meses y 17 días

ANTECEDENTES

- PERSONALES: No refiere
- PATOLÓGICOS: Retardo en el desarrollo, esclerosis tuberosa y Epilepsia
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLÓGICOS: No refiere
- 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 retardo en el desarrollo, esclerosis tuberosa y epilepsia, con 7 años de evolución aproximadamente.

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:SI
- Concepto:SI

HABILIDADES GRAFOMOTORAS

- Dominancia manual: MSD Presente
- Corta con tijeras: MSD Presente
- Realiza una torre: MSD Presente MSI Presente
- Hace garabateo: MSD Presente MSI Presente
- Hace enhebrado: MSD Presente MSI Presente
- Hace encajado: MSD Presente MSI Presente
- Rasgado de papel: MSD Presente MSI Presente
- Fuerza en escritura: MSD Presente MSI Presente
- Fuerza en coloreado: MSD Presente MSI Presente

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 Presente MSI Presente
- Agarre dígito-digital: MSD Presente MSI Presente
- Enganche: MSD Presente MSI Presente
- Pinza fina: MSD Presente MSI Presente
- Pinza lateral: MSD Presente MSI Presente

PATRONES FUNCIONALES

- Mano-Cabeza: MSD Presente MSI Presente

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

HABILIDADES SENSORIALES
- Seguimiento visual:SI
- Responde al nombre:SI
- Ajustes posturales:SI

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

HABILIDADES PROCESAMIENTO
- Tolerancia a la actividad:SI
- Tolerancia a la frustración:SI
- Seguimiento de instrucciones:SI
- Creatividad:SI

HABILIDADES SOCIALES
- Interactúa con familia:SI
- Interactúa con otros:SI
- Juega solo: SI
- Juega con otros niños:SI

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

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: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: Q851-ESCLEROSIS TUBEROSA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado2: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 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 13 años con diagnósticos anotados, quién es semi funcional en AVD y presenta alteración en habilidades cognitivas; paciente que realiza actividad 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 13 años con diagnósticos anotados, quién es semi funcional en AVD y presenta alteración en habilidades cognitivas; paciente que realiza actividad 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 1:00:42 p. m. - EDAD: 12 años, 4 meses y 17 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 ensartado, seguimiento de instrucciones y manejo de espacio.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado
PATRONES INTEGRALES: Agarres
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Comprensión de órdenes, Orientación en espacio
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: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: Q851-ESCLEROSIS TUBEROSA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado2: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 1:00:01 p. m. - EDAD: 12 años, 4 meses y 17 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 4

CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de asociación, discriminación visual y concentración.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, 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: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: Q851-ESCLEROSIS TUBEROSA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado2: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 1:00:18 p. m. - EDAD: 12 años, 4 meses y 17 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 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, manejo de espacio y seguimiento de instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Amasado
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Orientación en espacio
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: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: Q851-ESCLEROSIS TUBEROSA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado2: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 1:00:34 p. m. - EDAD: 12 años, 4 meses y 17 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de agarre de pinza, coordinación viso-manual y seguimiento de instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Fortalecimiento de patrones motores
PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual
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: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: Q851-ESCLEROSIS TUBEROSA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado2: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO 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 11:00:30 a. m. - EDAD: 12 años, 4 meses y 22 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 reconocimiento de figuras, atención y seguimiento de instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se finaliza ciclo de terapias, evidenciando mantenimiento en las habilidades motoras finas, amplitud articular, habilidades cognitivas y semi- independencia en AVD con las que inicio.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI

DIAGNÓSTICOS
Principal: R620-RETARDO EN DESARROLLO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: Q851-ESCLEROSIS TUBEROSA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado2: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273
