00000338

Homecare 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

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Luis Jesus Quintero

DIRECCIÓN: Cra. 7 # 8-09 **TELÉFONO:** 3143697076

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
15/10/21	13:00	Luis Q
16/10/21	7:00	Luis Q
19/10/21	14:00	Luis Q
20/10/21	9:00	Luis Q
21/10/21	10:00	Luis Q

Escaneado con CamScanner

00000339

LUIS JESÚS QUINTERO

80656042



Escaneado con CamScanner

00000340

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Luis Jesus Quintero DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80686042

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
15/10/21	13:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 se realiza valoración inicial y se brinda información del servicio. Se evalúa su complicaciones Mª Angelica Cuadro
16/10/21	7:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 se realiza actividad de motricidad fina, trabajando agarre de pinza, manejo de espacio, creatividad y atención. Se evalúa su complicaciones Mª Angelica Cuadro
19/10/21	14:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza actividad de asociación, concentración y patrones de movimiento. Se evalúa su complicaciones Mª Angelica Cuadro
20/10/21	9:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza actividad de memoria, discriminación visual y atención sostenida. Se evalúa su complicaciones Mª Angelica Cuadro
21/10/21	10:00	Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 se realiza actividad de discriminación visual, asociación y atención. Se evalúa estado de tenipuc que- dando inatento en las tareas de mayor fuga, independencia en AVD, cumplirlas anteriormente, sin embargo se evidencia dificultad en habilidades cognitivas de reconocimiento, procesamiento de la información y algunos errores motores a la realidad-ficción. Se evalúa su complicaciones Mª Angelica Cuadro

Escaneado con CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 80656042 Fecha de ingreso: 15/10/21
Apellidos: Quintero Lozano Nombres: Luis Jesus
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 80656042
Fecha de nacimiento: Día: 30 Mes: 05 Año: 1984 sexo:F: ___ M: X Estado civil: Soltero Municipio: Funza Barrio: Provivienda
Dirección: Cra 7 # 8-09 Teléfono fijo: ___ Móvil: 3143697019
Correo electrónico: ___ ocupacion: Independiente
Entidad de salud: Caprida Vinculación: Sobisado Empresa: ___
N° de terapias: 5 Diagnostico: Lesión de la vaina del nervio cubital
Acompañante: Elsa Maria Rodriguez Parentesco: Mama Teléfono: 3202145770

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: Aprox. 20 años
fecha y hora del accidente de transito: ___
clínica de atención primaria: ___
Exámenes diagnósticos realizados: ___
atención de médicos especialistas: ___
tratamientos realizados: ___
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias: ___

Antecedentes:
Patologicos: Lesión de la vaina Traumaticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Niega
Infecciosos: Niega Farmacologios: Niega

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

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

Escaneado con CamScanner

00000342

Locomoción	Funcional
INSTRUMENTALES	
Comunicación Comprensión Rutina de medicamentos Manejo del dinero Manejo del transporte Manejo del hogar	Funcional
TRABAJO	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

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
- [ ] 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) 100% 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: 15/10/21 Hora: 13:00 Nº de Terapias: 5 Diagnóstico: lesión de la medula

Yo Luis Jesus Quintero con documento de identidad: 80656042 como (parentesco con el Paciente) A nombre propio en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) _____

_____ con documento de identidad (del paciente) _____

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

_____

Firma paciente

cc Luis

Mª Angelica Gonzalez P

Firma profesional

cc. 1032458223 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: 15/10/21

Firma: LUIS

Nombre: Luis Jesus Quintero

Número de identificación: 80656042

Escaneado con CamScanner

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

00000347

Fecha 15/10/21 hora 8:00 N° de terapias 5

Nombre: Luis Jesus Quintero Cedula: 80656042

✓ **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 Luis Jesus Quintero con N° de cedula 80656042

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

00000348

AUTORIZACIÓN

Yo Luz Jesus Quintero identificado con cc 80656042 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: Luz Jesus Quintero ***IDENTIFICACION*** 80656042

FIRMA [signature]

FECHA: 15/10/21 ***HORA:*** 13:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Escaneado con CamScanner

00000349

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: Ud Angelica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Luis Jesus Bautero ***IDENTIFICACION*** 80815602

FECHA: 15/10/21 ***HORA:*** 13:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Escaneado con CamScanner

00000350

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 15/10/21 HORA: 13:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Luis Jesus Quintero Cédula: 80656042

DIAGNOSTICO: Lesión de medula espinal

DIRECCIÓN: Cr 7 #8-09

El domicilio cuenta:

	SI	NO
SERVICIOS		
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 Angélica Gonzalez Cedula: 1032318273

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Luis Jesus Quintero Cedula: 80656042

Parentesco del paciente: A nombre propio Firma: Luis Q

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	0
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	0
	TOTAL	25

Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, martes, 26 de octubre de 2021 06:29:01 **HISTORIA CLÍNICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 80.656.042**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	LUIS JESÚS QUINTERO LIZARAZO	
Identificación	CC 80.656.042 Edad: 37 años, 4 meses y 26 días	
Nacimiento	SIN INFORMACIÓN (SIN INFORMACIÓN) miércoles, 30 de mayo de 1984	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 7 # 8 09 PROVIVIENDA Teléfono: 3143697016	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN	
Responsable	FLOR RODRÍGUEZ Parentesco: PAREJA Teléfono: 3202145770	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDÍA EPS: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo afiliación: PARTICULAR	
Estado civil: SEPARADO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Género: Masculino

FECHA CONSULTA: viernes, 15 de octubre de 2021 1:00:45 p. m. - EDAD: 37 años, 4 meses y 25 días

ANTECEDENTES

- PERSONALES: No refiere
- PATOLÓGICOS: No refiere
- 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, quien refiere " Me cortaron los tendones del brazo derecho y me quitaron el líquido de la columna, me dejaron un año enterrado"

POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con diagnostico medico de otras enfermedades especificadas de la medula espinal, con un tiempo de evolución de 37años

VALORACIÓN TERAPIA OCUPACIONAL

HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS

- Fuerza muscular: MSI Presente
- Amplitud articular: MSI Presente

HABILIDADES MOTORAS GRUESAS

- Posición bípeda:SI

DESPLAZAMIENTO

- Marcha:SI

IMAGEN CORPORAL

- Reconocimiento:SI
- Concepto:SI

HABILIDADES GRAFOMOTORAS

- Dominancia manual: MSI Presente
- Corta con tijeras: MSI Presente
- Realiza una torre: 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: MSI Presente
- Fuerza en coloreado: MSI Presente

PATRONES INTEGRALES

- Alcanzar: MSD Presente MSI Presente
- Lanzar: MSD Ausente MSI Presente
- Agarre cilíndrico: MSD Ausente MSI Presente
- Agarre a mano llena: MSD Presente MSI Presente
- Agarre dígito palmar: MSD Ausente 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 Ausente MSI Presente
- Mano-Hombro IPSI-Lateral: MSD Ausente MSI Presente
- Mano-Espalda: MSD Ausente MSI Presente
- Mano-Glúteo: MSD Ausente MSI Presente
- Mano-Pie: MSD Ausente 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:NO
- Calculo:NO
- Orientación en tiempo:NO
- Orientación en espacio:SI
- Iniciativa:NO
- Imitación creatividad:SI

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

HABILIDADES SOCIALES
- Interactúa con familia:SI
- Interactúa con otros:SI

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

OBSERVACIONES: paciente con alteración en esfera psico-social.

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 Regular MSI Bueno
- ANTEBRAZO
Supinación: MSD Regular MSI Bueno
Pronación: MSD Regular MSI Bueno
- MUÑECA
Flexión: MSD Regular MSI Bueno
Extensión: MSD Regular MSI Bueno
- PULGAR
Flexión: MSD Regular MSI Bueno
Extensión: MSD Regular MSI Bueno
Aducción: MSD Regular MSI Bueno
Abducción: MSD Regular MSI Bueno
Oponencia: MSD Regular MSI Bueno
- DEDOS
Flexión: MSD Regular MSI Bueno
Extensión: MSD Regular MSI Bueno
Aducción: MSD Regular MSI Bueno
Abducción: MSD Regular MSI Bueno
OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: G958-OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LA MEDULA ESPINAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 13 Hora de salida: 14 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 37 años con diagnósticos anotados funcional en AVD, con adecuadas habilidades cognitivas; paciente que realiza actividades de voluntariado y labores de manera independiente.
TRABAJO REALIZADO: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza valoración inicial a paciente de 37 años con diagnósticos anotados funcional en AVD, con adecuadas habilidades cognitivas; paciente que realiza actividades de voluntariado y labores de manera independiente.
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: sábado, 16 de octubre de 2021 7:00:46 a. m. - EDAD: 37 años, 4 meses y 25 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de motricidad fina, trabajando agarre de pinza, manejo de espacio, creatividad y atención.
TRABAJO REALIZADO: PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
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: G958-OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LA MEDULA ESPINAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: martes, 19 de octubre de 2021 2:00:47 p. m. - EDAD: 37 años, 4 meses y 25 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de asociación, concentración y patrones de movimiento.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, 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: G958-OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LA MEDULA ESPINAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: miércoles, 20 de octubre de 2021 9:00:41 a. m. - EDAD: 37 años, 4 meses y 25 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de memoria, discriminación visual y atención sostenida.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
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: G958-OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LA MEDULA ESPINAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: jueves, 21 de octubre de 2021 10:00:43 a. m. - EDAD: 37 años, 4 meses y 25 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de discriminación visual, asociación y atención.
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): Se culmina ciclo de terapias evidenciando mantenimiento en las habilidades motoras finas, Independencia en AVD, amplitud articular, sin embargo, se evidencia dificultad en habilidades cognitivas de reconocimiento, procesamiento de la información y algunos eventos vinculados a la realidad-ficción.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G958-OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LA MEDULA ESPINAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273
