00000369

	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: Patricia Castillo

DIRECCIÓN: Cll 14 # 18-16 piso 2 **TELÉFONO:** 9224728 / 3114438129

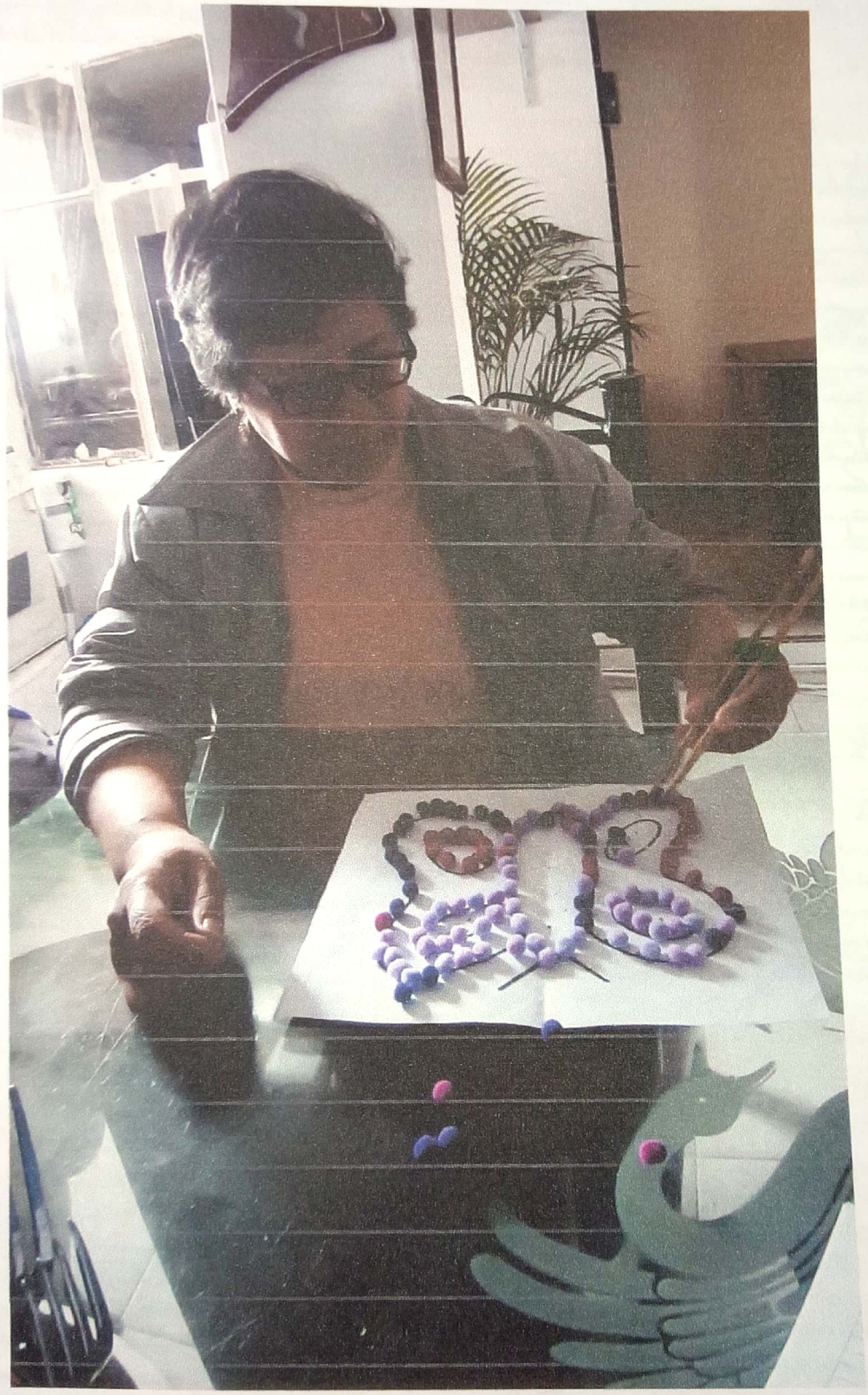
FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
11/10/21	13:00	Tatiana Zamudio
12/10/21	13:00	Patricia Castillo
13/10/21	11:00	Patricia castillo
14/10/21	9:00	Patricia Castillo
15/10/21	7:00	Patricia Castillo
19/10/21	9:00	Patricia Castillo

Escaneado con CamScanner

00000370

PATRICIA CASTILLO

39735996



Escaneado con CamScanner

00000371

Humana Vital S.A.S

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Patricia Castillo DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 39735996

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
11/10/21	13:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad del servicio con actividad de agarre de pinza, prevención y seguimiento de instrucciones. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
12/10/21	13:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad de coordinación oculo-manual, precisión y atención. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
13/10/21	11:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad cognitiva de resolución de problemas concentración y memoria. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
14/10/21	9:00	Se realiza Protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19 Se realiza actividad de prevención, creatividad y seguimiento de instrucciones. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
15/10/21	7:00	Se realiza protocolos de bioseguridad para prevención de COVID19. Se realiza actividad asociación, concentración y atención. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
19/10/21	9:00	Se realiza protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19 Se realiza actividad de discriminación visual, atención y memoria. Se finaliza acto de terapia evidenciado fortalecimiento en las habilidades motoras finas, amplitud articular, habilidades cognitivas e independencia en las actividades que hacen el acompañamiento terapéutico. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez

Escaneado con CamScanner

00000372

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA OCUPACIONAL

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de Terapia ocupacional, esto significa que entiende en que consiste el tratamiento y nos autoriza a realizarlo.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no deriva ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención. Antes de firmar, es importante que lea despacio la siguiente información.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

El tratamiento de Terapia ocupacional consiste en: (a usted se le realizará lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

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

_____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 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: 11/10/21 Hora: 13:00 Nº de Terapias: 6 Diagnóstico: Malformación arteriovenosa y Trastorno Afectivo Bipolar

Yo Tatiana Zamudio con documento de identidad 1073511808 como (parentesco con el Paciente) Hija en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) Patricia Castello con documento de identidad (del paciente) 39735996

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

Tatiana Zamudio

Firma paciente

cc. 1073.511.808

Ma Angelica Gaviria F

Firma profesional

cc. 1032358273 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: 11/10/21

Firma: Tatiana Zamudio

Nombre: Tatiana Zamudio

Número de identificación: 1073511808

Escaneado con CamScanner

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

Fecha 11/10/21 hora 13:00 N° de terapias 6

Nombre: Patricia Castillo Cedula: 39735996

✓ **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 Tatiana Zamudio con N° de cedula 1073511808

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.

Tatiana Zamudio

Firma del paciente o responsable

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

Yo Patricia Castillo identificado 00000375
cc 39735996 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: Patricia Castillo ***IDENTIFICACION*** 39735996

FIRMA Tatiana Zamudio

FECHA: 11/10/21 ***HORA:*** 13:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Escaneado con CamScanner

00000376

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: Mª Angélica Castillo F

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Patricia Castillo ***IDENTIFICACION*** 39731996

FECHA: 11/10/21 ***HORA:*** 13:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Escaneado con CamScanner

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, martes, 26 de octubre de 2021 06:30:59 **HISTORIA CLÍNICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 39.735.996**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	PATRICIA CASTILLO FLÓREZ	
Identificación	CC 39.735.996 Edad: 53 años, 11 meses y 2 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) viernes, 24 de noviembre de 1967	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 14 # 18-16 Teléfono: 9224728/3209509151/3114438129	
Ocupación	9998 - NO APLICA	
Responsable	MERCEDES FLÓREZ Parentesco: MAMÁ Teléfono: 3209509151	
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: Femenino

FECHA CONSULTA: lunes, 11 de octubre de 2021 1:00:03 p. m. - EDAD: 53 años, 11 meses y 2 días
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 continuidad del servicio con actividad de agarre de pinza, planeación y seguimiento de instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: PATRONES INTEGRALES: Agarres, Pinzas
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Seguimiento de instrucciones, Creatividad
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se da continuidad del servicio.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q282-MALFORMACION ARTERIOVENOSA DE LOS VASOS CEREBRALES Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F319-TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, 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, 12 de octubre de 2021 1:00:08 p. m. - EDAD: 53 años, 11 meses y 2 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 coordinación viso-manual, precisión y atención.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza
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: Q282-MALFORMACION ARTERIOVENOSA DE LOS VASOS CEREBRALES Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F319-TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, 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, 13 de octubre de 2021 11:00:12 a. m. - EDAD: 53 años, 11 meses y 2 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad cognitiva de resolución de problemas, concentración y memoria.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Memoria, Calculo
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: Q282-MALFORMACION ARTERIOVENOSA DE LOS VASOS CEREBRALES Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F319-TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, 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, 14 de octubre de 2021 9:00:31 a. m. - EDAD: 53 años, 11 meses y 2 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 planeación, creatividad y seguimiento instrucciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Imitación creatividad
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: Q282-MALFORMACION ARTERIOVENOSA DE LOS VASOS CEREBRALES Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F319-TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, 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, 15 de octubre de 2021 7:00:15 a. m. - EDAD: 53 años, 11 meses y 2 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de asociación, concentración y atención.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, 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: Q282-MALFORMACION ARTERIOVENOSA DE LOS VASOS CEREBRALES Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F319-TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, 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, 19 de octubre de 2021 9:00:35 a. m. - EDAD: 53 años, 11 meses y 2 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza actividad de discriminación visual, atención y memoria.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES SENSORIALES: Visual
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Memoria
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 e Independencia en AVD con las que inició el acompañamiento terapéutico.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: Q282-MALFORMACION ARTERIOVENOSA DE LOS VASOS CEREBRALES Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: F319-TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARÍA ANGELICA GONZALEZ FLÓREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273
