00000377

	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: Yibeth Cundua Vergara

DIRECCIÓN: Cr 10 #12-17 TELÉFONO: 3208027757

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
13/10/21	15:00	Luz Mary Sanchez
15/10/21	12:00	Luz Mary Sanchez
20/10/21	12:00	Leidy Sánchez
23/10/21	14:00	Leidy Sánchez
25/10/21	16:00	Luz Mary Sanchez
27/10/21	16:00	Luz Mary Sanchez

Escaneado con CamScanner

YIBETH VERGARA

1003559135

00000378



Escaneado con CamScanner

00000379

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1

NOMBRE DEL PACIENTE: Yibeth Cundua Vergara DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1003559135

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN
13/10/21	15:00	Se realiza protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza valoración inicial y se brinda información del servicio. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
15/10/21	12:00	Se realiza protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza estimulación sensorial facial y movilización pasiva en MMSS. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
20/10/21	12:00	Se realiza 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 finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
23/10/21	14:00	Se realiza protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza estimulación sensorial facial y movilización pasiva en MMSS. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
25/10/21	16:00	Se realiza 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 finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez
27/10/21	16:00	Se realiza protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de COVID19. Se realiza estimulación sensorial facial y movilización pasiva en MMSS. Se finaliza acto de terapia respiratoria mediante uso de incentivo respiratorio con las que hace el acompañamiento. Se finaliza sin complicaciones. Mª Angelica Gonzalez

Escaneado con CamScanner

00000360

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 1003559135 Fecha de ingreso: 13/10/21
Apellidos: Vergara Sanchez Nombres: Yiberth Carolina
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 1003559135
Fecha de nacimiento: Día: 04 Mes: 11 Año: 2001 sexo:F: X M: ____ Estado civil: Soltera Municipio: Funza Barrio: Centro
Dirección: Cra 10 #12-17 Teléfono fijo: _____ Móvil: 3208027757
Correo electrónico: _____ ocupacion: _____
Entidad de salud: Caprida Vinculación: Subsidiado Empresa: _____
N° de terapias: 6 Diagnostico: Epilepsia, Retraso mental Severo
Acompañante: Liz Mary Sanchez Parentesco: Mamá Teléfono: 3208027757

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 permanente.

Antecedentes:
Patologicos: Epilepsia, Retraso mental Severo Traumaticos: Niega
Toxico-alergicos: Ranitidina Quirúrgicos: Niega
Infecciosos: Niega Farmacologios: Carbamazepina, Acido valproico, levetiracetam

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

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

Escaneado con CamScanner

00000381

Locomoción	Semi-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

00000383

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

Concepto ocupacional: Paciente de 19 años con discapacidades anotadas, quien es dependiente en AVD y alto compromiso en habilidades cognitivas"

Historia ocupacional: Paciente que no "funciona en actividades productivas, ni ocio"

Nombre del terapeuta: Ma Angelica Gonzalez

Firma: Ma Angelica Gonzalez

N° de registro 1032358273

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
- [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: 13/10/21 Hora: 15:00 N° de Terapias: 6 Diagnóstico Epilepsia y Retraso mental severo

Yo Luz Mary Suarez con documento de identidad 52299419 como (parentesco con el Paciente) Madre en calidad de responsable del paciente(nombre del paciente) Yibeth Sandoval Venganza con documento de identidad (del paciente) 1003559135

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

Luz mary

Firma paciente

CC. 52299479

Ma Angelica Gonzalez

Firma profesional

CC. 1032378273 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: 13/10/21

Firma: Luz mary sanchez

Nombre: Luz Mary Sanchez

Número de Identificación: 52299419

Escaneado con CamScanner

Fecha 13/10/21 hora 15:00 N° de terapias 6

Nombre: Yibeth Carolina Vergara Cedula: 1003559135

✓ **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 Luz Mary Sanchez con N° de cedula 52299419

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.

Luz mary sanchez

Firma del paciente o responsable

Escaneado con CamScanner

AUTORIZACIÓN

00000387

Yo Luz Mary Sanchez identificado con cc 52299419 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: Yibeth Carolina Vergara **IDENTIFICACION** 1003559135

FIRMA Luz mary Sanchez

FECHA: 13/10/21 **HORA:** 15:00 **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: Ud Angelica Cavides

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Yibeth Vergara *IDENTIFICACION* 1003119135

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

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

Escaneado con CamScanner

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Yibeth Carolina Vengana Cédula: 1003559135

DIAGNOSTICO: Epilepsia, Retraso mental severo

DIRECCIÓN: Cr 10 # 12-17

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		
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: 1032358213

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Luz Mary Sanchez Cedula: 52299419

Parentesco del paciente: Madre Firma: luz mary sanchez

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 23:37:23 **HISTORIA CLÍNICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.003.559.135**

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	YIBETH CAROLINA VERGARA SÁNCHEZ	
Identificación	CC 1.003.559.135 Edad: 19 años, 11 meses y 30 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) domingo, 04 de noviembre de 2001	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 10 # 12 - 07 Teléfono: 3208027757	
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: SOLTERO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Género: Femenino

FECHA CONSULTA: miércoles, 13 de octubre de 2021 3:00:31 p. m. - EDAD: 19 años, 11 meses y 25 días
ANTECEDENTES
- PERSONALES: Alérgica a la ranitidina.
- PATOLÓGICOS: Retraso mental severo y Epilepsia.
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLÓGICOS: Carbamazepina, Acido Valproico y Levetiracetam.
- 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 retraso mental severo y epilepsia de nacimiento.
VALORACIÓN TERAPIA OCUPACIONAL
HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS
- Fuerza muscular: MSD Presente MSI Presente
- Amplitud articular: MSD Presente MSI Presente

HABILIDADES MOTORAS GRUESAS
- Posición sedente:SI
- 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 Presente MSI Presente
- Hace enhebrado: MSD Ausente MSI Ausente
- Hace encajado: MSD Ausente MSI Ausente
- Rasgado de papel: MSD Presente MSI Presente
- 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 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
- Seguimiento auditivo:NO
- Responde al nombre:SI
- Ajustes posturales:SI

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

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:NO

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

OBSERVACIONES: Paciente con alto compromiso cognitivo

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: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: G409-EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 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 19 años con diagnóstico anotados, quién es dependiente en AVD y presenta alto compromiso en habilidades cognitivas; paciente no funcional en actividad productivas 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 19 años con diagnóstico anotados, quién es dependiente en AVD y presenta alto compromiso en habilidades cognitivas; paciente no funcional en actividad productivas 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: viernes, 15 de octubre de 2021 12:00:39 p. m. - EDAD: 19 años, 11 meses y 25 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 estimulación sensorial táctil y movilizaciones pasivas en MMSS.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Amplitud articular
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil
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: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: 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, 20 de octubre de 2021 12:00:44 p. m. - EDAD: 19 años, 11 meses y 25 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
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: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: 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: sábado, 23 de octubre de 2021 2:00:51 p. m. - EDAD: 19 años, 11 meses y 25 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza estimulación sensorial táctil y movilizaciones pasivas en MMSS.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Amplitud articular
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil
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: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: 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: lunes, 25 de octubre de 2021 4:00:58 p. m. - EDAD: 19 años, 11 meses y 25 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 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
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: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: 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 4:00:02 p. m. - EDAD: 19 años, 11 meses y 25 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se realizan protocolos de bioseguridad y lavado de manos para prevención de covid-19. Se realiza estimulación sensorial táctil y movilizaciones pasivas en MMSS.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS: Amplitud articular
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil
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: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Relacionado1: 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
