

CLINICA DE ESPECIALISTAS SA

NIT 891856372 - 1

Resolución de facturación electrónica DIAN No. 18764032886678 de 2022-08-05 a 2023-08-05
autorizado del FECE90001 al FECE120000
CR 9 A 14 17
7708686
SOGAMOSO Boyacá COLOMBIA

FACTURADO A:

UNASALUD UT-SENA CONTRATACION 2021
NIT 900518650 - 7
CLL 22 Nº 11A-73
SOGAMOSO - BOYACA - COLOMBIA
clinicassogamosout@gmail.com
3153162667

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

NÚMERO:	FECE119871	**VENCIMIENTO:**	2023-04-08
MONEDA:	COP		
FECHA DOCUMENTO:	2023-03-09 15:35:20		
FORMA DE PAGO:	Crédito		
MEDIO DE PAGO:	Instrumento no definido		

#	Código	UND	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	IVA%	INC%	Subtotal	Valor Total
1	931001		TERAPIA FISICA INTEGRAL	8.00	$ 59,000.00	0	0	$ 472,000.00	$ 472,000.00

Observacion: Nota sobre el item

Cantidad de lineas: 1

Notas de la factura

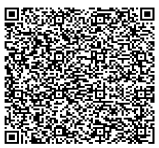
NOTA: - - AUTORIZACION: 26 PACIENTE: CC-13446479-EMILIANO ANTONIO JIMENEZ CORREDOR- INGRESO: 34 - ABONO PACIENTE: 0.00 EN PESOS

SUBTOTAL:	$ 472,000.00
IVA:	$ 0.00
INC:	$ 0.00
DESCUENTO:	$ 0.00
ANTICIPOS:	$ 0.00

TOTAL A PAGAR **$ 472,000.00**

RESUMEN IMPUESTOS

Detalle IVA: $ 0.00





Cuida el medio ambiente

CUFE: c93d5a8c1d55439847d2d594343a9a051a7c8d1e8619ca77da65a7de07d937817ca535e4430a5599c12728f8fa3f8e19

Elaborado por:

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico y Fabricante del Software: PL-Colab

CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.

SEDE UNICA

SOMOS SU MEJOR OPCION

NIT 891856372-1 COD: 157590059201

DIRECCIÓN: CR 9 A 14 17 SOGAMOSO TELÉFONO: 7708686

FECHA: 09/03/2023
VENC: 08/04/2023
PAGINA: 1

FACTURA DE VENTA FECE 119871

NUMERO ID.: CC 13446479 CUCUTA	NIT 900518650-7
NOMBRE: EMILIANO ANTONIO JIMENEZ CORREDOR	EMPRESA: UNASALUD UT
TELEFONO: 3107634263 CARNET:	DIRECCION EMPRESA: CLL 22 Nº 11A-73
DIRECCION: CALLE14-10-36	CONTRATO: SENA CONTRATACION 2021
MUNICIPIO SOGAMOSO EDAD: 66 AÑOS	S.O.A.T. # TIPO USUARIO 5 TIPO AFILIADO N

No. HISTORIA:13446479 P.P. 288 P.S. 02

FECHA INGRESO:20/02/2023 FECHA CORTE: 08/03/2023 FECHA SALIDA:08/03/23 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:26 NOMBRE AUTORIZADOR SENA

PROCEDIMIENTOS

CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
931001	001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	59.000,00	8	472.000,00

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 8 472.000,00

TOTAL FACTURA: 472.000,00

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	472.000,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
VALOR A PAGAR POR EL USUARIO	0,00
ABONOS	0,00
VALOR IVA	0,00
SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO	0,00
VALOR PAGADO POR EL USUARIO	0,00
VALOR NO PAGADO POR EL USUARIO	0,00

SON EN TOTAL :

Valor a pagar por la empresa:
CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

EMILIANO JIMENEZ

Firma Paciente y/o Representante
C.C. No.

Fecha Rec. _____

DELIA L

Responsable Facturación LUZ DELIA LOPEZ GALEANO
Sede: SEDE UNICA

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario

Recibimos los servicios expresados en esta factura y en consecuencia pagaremos a la orden CLINICA ESPECIALISTAS S.A. la totalidad del impor
te La presente factura de venta se asimila a una letra de cambio para todos sus efectos(Art.772-774 C.Co) y causa intereses de mora a partir
del vencimiento Reg Común. Agente retenedor de IVA. No somos autorretenedores. Cod Activ Economica 8610
AUTORIZACION DE FACTURACION ELECTRONICA NUMERO 18764032886678 DEL 05/08/2022. VIGENCIA 12 MESES DESDE EL NUMERO FECE 90.001 HASTA EL NUMERO FECE 120.000.
RESOLUCION NO. 18764032886678 DEL 05/08/22. DESDE EL NO. FECE90001 HASTA EL NO. FECE120000

Impreso: 2023-02-13

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 26

Adscrito:	177041 - UNASALUD U.T
Dirección:	C.LAG. CLL 22 N°11A 73 y C.ESP.CRA 9A N°14-17 SOGAMOSO
Teléfono(s):	7703680 - 7704400
Especialidad:	CLINICAS - HOSPITALES - ODONTOLOGIA - CLINICAS - HOSPITALES

HC: 13446479

Favor atender por nuestra cuenta a JIMENEZ CORREDOR EMILIANO identificado con el carne 46351343-F Conyuge de BARRERA RODRIGUEZ ROSALBA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Sesiones Con Terapista Hasta	8	0	0

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA:

FISIOTERAPIAS N° 8 SESIONES

DX: RETRACCIONES ISQUIOTIBIALES BILATERALES

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 13.446.479

creada por: pmoreno

119871

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
HISTORIA CLÍNICA-SMA

Fecha de atención: 13/02/23	Conyugue X Hijo Padre Hermano
Nombre del paciente: EMILIANO JIMENEZ CORREDOR	Telefono 7707317 Celular 0
Fecha de nacimiento 13/04/1956	Entidad Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Lugar de residencia null	Cobertura en salud BENEFICIARIOS SENA SMA

Edad	Sexo M	Sexo F	Carné N°	Responsable:
67 años	X		46351343-F	

Consentimiento	SI
Clase de consulta	Presencial
Tipo de atención	Primera Vez
Motivo de consulta	dolor de rodilla
Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Enfermedad actual	DOLOR A LA MOVILIDAD DE RODILLA DERECHA QUE LIMITA LA MARCHA TOMA RX DE RODILLAS COMPARATIVAS DE FECHA 02-01-2023 ESCLEROSIS SUBCONDRAL BOLATERAL DE TIBIAS- DX DE RADIOLOGIA- AL A VISUALIZACION DE LA RX NO SE EVIDENCIA COMPROMISO -

Antecedentes personales

Patologicos	hipertenso hipotiroideco con dislipidemia e hipotirodismo
Quirurgicos	niega
Tóxico Alérgicos	niega
Traumaticos	
Farmacológicos	TAMSULOSINA - EXFORGE - EUTIROX - EZETIMIBE -

Clínica de Especialistas Somos su mejor opción	PROCESOS MISIONALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE DE 2014
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA FÍSICA		FECHA DE REVISIÓN: ENERO DE 2020
CÓDIGO: M – F – 103	PÁGINA 1 DE 2	VERSIÓN: 3.0

FECHA: X 20/02/2023

HISTORIA CLÍNICA TIPO | CE | X CC | TI | RC | N°: X 13.746.479

Yo, Emiliano Jiménez C. identificado (a) con cedula de ciudadanía N° X 13.746.479 de X Cúcuta en forma personal o como el acudiente de _____ en la fecha, de forma libre y espontánea manifiesto que según mi diagnostico _____.

1. He recibido la información del plan de Terapia Física requerido para mi patología
2. He sido informado(a) de las alternativas posibles de tratamiento, teniendo en cuenta que:

Definición	Riesgos	Beneficios
Terapia Física: Consiste en el tratamiento de diferentes enfermedades bajo el uso de medios físicos, mecánicos y ejercicio terapéutico, de acuerdo a la evaluación previa del movimiento	☐ Riesgo de caídas ☐ Experimentar dolor muscular, edema o inflamación en primeras sesiones ☐ Lesión por utilización inadecuada de equipos ☐ Lesiones de la piel por utilización inadecuada de frio y calor ☐ Otros:	☐ Disminuir el dolor e inflamación ☐ Mejorar la flexibilidad, mejorar y mantener la movilidad articular y la fuerza muscular ☐ Mejorar el desempeño en actividades de la vida diaria ☐ Mejorar la calidad de vida

3. Me han aclarado todas las dudas e interrogantes, así como la responsabilidad que tengo como paciente de seguir las indicaciones para el éxito del tratamiento.
4. Me han sido explicado que para la realización del tratamiento es indispensable seguir las indicaciones que se me dan, siendo así que su omisión o mala práctica pueden provocar resultados negativos o diferentes a los esperados.
5. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y de esta forma consiente y autorizo que se realice el plan de TERAPIA FISICA que se registrara en mi historia clínica.
6. CANCELACIONES: Me comprometo a notificar la cancelación de una cita con 24 horas de antelación con el fin de reprogramar mi sesión. Si falto por más de dos días consecutivos a mis sesiones programadas, se da por entendido que je abandonado el tratamiento y por lo tanto las sesiones se cancelaran. En caso de ser una emergencia, se estudiará el caso y se harán ciertas excepciones.
7. Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento; autorizo al profesional de la CLINICA DE ESPECIALISTAS LTDA a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportunas para la resolución de la complicación.
8. De esta manera, autorizo la realización de la sesión programada y ordenada por el médico tratante y firmo constancia.

Sesión N°®	Fecha	Firma del usuario o representante	Firma del profesional de TERAPIA FISICA
1	X 20/02/2023		
2	24/02/23		
3	27/02/23		
4	28/02/23		
5	01/03/23		
6	02/03/23		

Clínica de Especialistas Somos su mejor opción	PROCESOS MISIONALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE DE 2014	
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA FÍSICA		FECHA DE REVISIÓN: ENERO DE 2020	
CÓDIGO: M – F – 103	PÁGINA 1 DE 2	VERSIÓN: 3.0	

7	07/03/23		
8	08/03/23		
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			



46351343-F

Emiliano Antonio
Jimenez Corredor

Id. N°. 13446479 de Cúcuta
Fecha de Nacimiento: 13/04/1956
RH: AB+

REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.446.479
JIMENEZ CORREDOR
APELLIDOS
EMILIANO ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



Emiliano Antonio
Jimenez Corredor

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio. Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones estabiecidas.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1956
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 AB+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-JUL-1978 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0727700-00131723-M-0013446479-20081127 0006979786A 1 7330012934

CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.
891856372 - 1
TERAPIAS

Fecha: 09/03/23
Hora: 15:36:58
Página: 1

*** Filtrado por fecha de atención**

Paciente:	**CC**	**13446479**	**EMILIANO ANTONIO JIMENEZ CORREDOR**
Edad:	**66**	**AÑOS**	

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: **931001** **TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 20/02/2023 18:47:51
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS : Paciente programado telefónicamente para iniciar sesiones de terapia física a quien se le aplico encuesta COVID-19 en el momento sin signos de alarma por lo que se dan recomendaciones de uso de tapabocas y lavado de manos para recibir el tratamiento.
Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA.
DX: GONARTROSIS M170
OCUPACION: PENSIONADO
ANTECEDENTES: HTA CONTROLADA, ANALGESICOS
TIEMPO DE EVOLUCION: LARGA DATA
Paciente quien ingresa al servicio por presentar compromiso funcional y mecanico en rodillas. A la valoracion refiere dolor 9/10 segun escala analoga verbal en region anterointerna de rodillas el cual aumenta con el movimiento subir y bajar escaleras, marcha prolongada , cuando permanece mucho tiempo en una sola posicion, normosensitivo, alteracion de la propiocepcion, marcha algida, inestabilidad muscular de rodilla, movilidad articular normal, se inicia con plan de manejo se aplica crioterapia, calor humedo, tens, masaje, tecnica de Rood, ejercicios isometricos, cadena cinetica abierta, cerrada, movilidad activa se dan indicaciones de actividades propioceptivas, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M170	GONARTROSIS PRIMARIA BILATERAL	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: **931001** **TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 24/02/2023 16:16:51
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS : Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA
Paciente continua tratamiento en rodillas con buena respuesta al plan de manejo. se aplica calor humedo

*** Filtrado por fecha de atención**

Paciente: CC 13446479 EMILIANO ANTONIO JIMENEZ CORREDOR
Edad: 66 AÑOS

local y TENS funcional en cuadriceps. inducción miofascial, ultrasonido en estiramiento, masaje de cyriax, auto estiramientos musculares de miembros inferiores, facilitacion neuromuscular propioceptiva con inversion lenta, mecanoterapia con bandas elasticas patron cruzado, se dan indicaciones de ejercicios activos funcionales, control motor, se termina sersion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: **931001** **TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 27/02/2023 17:03:32
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS : Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA.
Paciente continua con plan de manejo en rodillas, refiere notoria disminucion del dolor, se aplica calor humedo local , tens dinamico funcional, terapia manual, tecnica de Mulligan, Pold,ejercicios terapeuticos funcionales, cadena cinetica cerrada. abierta, movilidad activa de tren inferior, autoestiramientos de cadena muscular anterior de miembro inferior, balonterapìa, Frenkel progresivo, se dan indicaciones de actividades propioceptivas, ejercicios funcionales, reeducacion patron de marcha y propiocepcion. se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: **931001** **TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 28/02/2023 16:06:52
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS : Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de

*** Filtrado por fecha de atención**

Paciente: CC 13446479 EMILIANO ANTONIO JIMENEZ CORREDOR
Edad: 66 AÑOS

protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA.
Paciente continua con plan de manejo en rodillas , refiere notoria disminucion del dolor, se aplica calor humedo local , tens dinamico funcional, terapia manual, tecnica de Mulligan, Pold,ejercicios terapeuticos funcionales, cadena cinetica cerrada. movilidad activa de tren inferior, autoestiramientos de cadena flexora de miembro inferior, balonterapìa, Frenkel progresivo, se dan indicaciones de actividades propioceptivas, ejercicios funcionales, autoestiramientos de region mencionada, reeducacion patron de marcha y propiocepcion, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: **931001** **TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**
FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 01/03/2023 19:21:59
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS : Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA.
Paciente continua con plan de manejo en rodillas, refiere notoria disminucion del dolor, se aplica calor humedo local , tens dinamico funcional, ultrasonido, terapia manual, tecnica de Mulligan, Pold,ejercicios terapeuticos funcionales, cadena cinetica cerrada. movilidad activa de tren inferior, autoestiramientos de cadena flexora de miembro inferior, balonterapìa, Frenkel progresivo, se dan indicaciones de actividades propioceptivas, ejercicios funcionales, autoestiramientos de region mencionada, reeducacion patron de marcha y propiocepcion. se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: **931001** **TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**

*** Filtrado por fecha de atención**

Paciente: **CC** **13446479** **EMILIANO ANTONIO JIMENEZ CORREDOR**
Edad: **66** **AÑOS**

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 02/03/2023 18:40:19
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS : Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA,
Paciente continua tratamiento en rodillas. se aplica calor humedo local, electroestimulacion, realiza desequilibrios bipodales, mecanoterapia progresiva con bosu, theraban autoestiramientos dinamicos de miembro inferior, facilitacion propiceptiva neuromuscular con variante diagonal uno , capacidad de reaccion, masaje cyriax, reeducacion patron de marcha y propiocepcion. se dan plan de indicaciones para continuar con ejercicios funcionales, s etermina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: **931001** **TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 07/03/2023 18:41:16
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS : Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA.
Paciente continua con plan de manejo en rodillas, refiere notoria disminucion del dolor, se aplica calor humedo local , tens dinamico funcional, terapia manual, tecnica de Rood, Mulligan,ejercicios terapeuticos funcionales, cadena cinetica cerrada en diferentes angulos. movilidad activa de miembros inferiores, flexibilidad de rodilla, se dan indicaciones de ejercicios funcionales,reeducacion patron de marcha, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	

CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.
891856372 - 1
TERAPIAS

Fecha: 09/03/23
Hora: 15:36:58
Página: 5

*** Filtrado por fecha de atención**

Paciente:	**CC**	**13446479**	**EMILIANO ANTONIO JIMENEZ CORREDOR**
Edad:	**66**	**AÑOS**	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: **931001** **TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 08/03/2023 18:59:40

REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO

RESULTADOS : Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.

Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA.

Paciente continua con plan de manejo en rodillas, refiere notoria disminucion del dolor, se aplica calor humedo local , tens dinamico funcional, terapia manual, tecnica de Rood, Mulligan,ejercicios terapeuticos funcionales, cadena cinetica abierta,cerrada. movilidad activa de miembros inferiores, autoestiramientos de musculos deregion lateral, se dan indicaciones de actividades propioceptivas, ejercicios funcionales, educacion patron de marcha y propiocepcion, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA