

CLINICA DE ESPECIALISTAS SA

NIT 891856372 - 1

Resolución de facturación electrónica DIAN No. 18764045791766 de 2023-03-10 a 2024-03-10
autorizado del FECE120001 al FECE150000
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:	FECE120797	**VENCIMIENTO:**	2023-04-16
MONEDA:	COP		
FECHA DOCUMENTO:	2023-03-17 11:14:44		
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

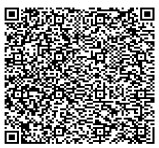
NOTA: - - AUTORIZACION: 89 . PACIENTE: CC-40012863-ESPERANZA SOTO DE PEREZ- INGRESO: 53 - ABONO PACIENTE: 0.00 EN PESOS

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: 008636f67dfbdc3663637684a66c25737ebb72567da856b3c776e1408bff0f1fc6b60e5dbc23a6f715e44a70d855822c

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: 17/03/2023
VENC: 16/04/2023
PAGINA: 1

FACTURA DE VENTA FECE 120797

NUMERO ID.: CC 40012863 SOGAMOSO	NIT 900518650-7
NOMBRE: ESPERANZA SOTO DE PEREZ	EMPRESA: UNASALUD UT
TELEFONO: 3124969754 CARNET:	DIRECCION EMPRESA: CLL 22 Nº 11A-73
DIRECCION: CRA 9 N° 21 A - 36	CONTRATO: SENA CONTRATACION 2021
MUNICIPIO SOGAMOSO EDAD: 66 AÑOS	S.O.A.T. # TIPO USUARIO 5 TIPO AFILIADO N

No. HISTORIA:40012863 P.P. 288 P.S. 02

FECHA INGRESO:07/03/2023 FECHA CORTE: 16/03/2023 FECHA SALIDA:16/03/23 AMBULATORIO

AUTORIZACIÓN:89 . NOMBRE AUTORIZADOR SENA REGIONAL BOYACA

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

ESPERANZA SOTO

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

DELIA L

Responsable Facturación LUZ DELIA LOPEZ GALEANO
Sede: SEDE UNICA

Fecha Rec. _____

* 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 18764045791766 DEL 10/03/2023. VIGENCIA 12 MESES DESDE EL NUMERO FECE 120.001 HASTA EL NUMERO FECE 150.000.
RESOLUCION NO. 18764045791766 DEL 10/03/23. DESDE EL NO. FECE120001 HASTA EL NO. FECE150000

Impreso: 2023-02-28

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 89

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: 40012863

Favor atender por nuestra cuenta a SOTO DE PEREZ ESPERANZA identificado con el carne 6755394-C Conyuge de PEREZ GAMA HENRY Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Sesiones Con Terapista Hasta	10	0	0

O B S E R V A C I O N E S

SE AUTORIZA:

FISIOTERAPIAS N° 10

DX: LESION DEMANGUITO ROTADOR

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

Luis Fernando Yanza Pinzón
MÉDICO GENERAL
R.M. 151209
U. NACIONAL

Médico/Odontólogo Asesor

40.012.863

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: pmoreno

CLÍNICA DE ESPECIALISTAS S.A.
Nit. 891 856 372-1
SOGAMOSO BOYACA
ADMISIONES
EL RECIBO de este documento no implica aceptación, queda sujeto a verificación

Bibiana Prado
Marzo 7/23.

20797

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 07-03-2023

HISTORIA CLÍNICA TIPO | CE | CC | TI | RC | N°: X 40.012.863.

Yo Yesperanza Soto de Pérez identificado (a) con cedula de ciudadanía N° CC 40.012.863 de X Tunja en forma personal o como el acudiente de _____ en la fecha, de forma libre y espontánea manifiesto que según mi diagnostico M751.

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°s	Fecha	Firma del usuario o representante	Firma del profesional de TERAPIA FISICA
1	X07-03-2023	X	
2	08-03-2023		
3	09-03-2023		
4	10-03-2023		
5	13-03-2023		
6	14-03-2023		

7	15-03-2023		
8	16-03-2023		
9	17-03-2023		
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

CONSENTIMIENTO INFORMADO según disponen los artículos 15 y 16 de la ley 23 de 1981, por la cual se dictan Se suscribe el presente formato en

CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.
891856372 - 1
TERAPIAS

Fecha: 17/03/23
Hora: 11:17:24
Página: 1

*** Filtrado por fecha de atención**

Paciente: **CC** **40012863** **ESPERANZA SOTO DE PEREZ**
Edad: **66** **AÑOS**

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

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

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 07/03/2023 19:15:14
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.
IDX: TRAUMA EN HOMBRO
OCUPACION: HOGAR
ANTECEDENTES: HIPERTENSION, DIABETES CONTROLADA
TIEMPO DE EVOLUCION: 4 MESES
Paciente quien ingresa al servicio por presentar compromiso funcional y mecanico en hombro derecho. posterior a caida de su propia altura. A la valoracion refiere dolor 7/10 segun escala analoga verbal en todo hombro derecho , region escapular el cual aumenta en la noche y cuando realiza actividades que requieran esfuerzo, hipersensibilidad en deltoides, inestabilidad muscular de cintura escaspulohumeral, movilidad articular limitada abduccion de hombro 120, flexion 140 espamos en trapecios, se inicia plan de manejo con el objetivo de disminuir dolor, mejorar funcionalidad, aumentar arcos de movimiento, lograr estabilidad muscularse aplica crioterapia, calor humedo, ultrasonido, tens, masaje, tecnica de Rood, ejercicios isometricos de cintura escapulohumeral, cadena cinetica abierta, movilidad activa se dan indicaciones de actividades propioceptivas, s etermina seison sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M751	SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO	

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 18:56:00
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 hombro derecho, refiere notoria disminucion del dolor, se aplica calor humedo local , tens dinamico en musculos de cintura escapular, terapia manual, tecnica de

*** Filtrado por fecha de atención**

Paciente: CC 40012863 ESPERANZA SOTO DE PEREZ
Edad: 66 AÑOS

Rood,Mulligan,ejercicios terapeuticos funcionales, cadena cinetica cerrada. isometricosde region mencionada, autoestiramientos de cadena flexora de miembro superior, se dan indicaciones de actividades propioceptivas de lo facil a lo dificil, ejercicios funcionales, reeducacion patrones funcionales de movimiento, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M751	SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO	

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 09/03/2023 18:58:50
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 hombro derecho, refiere notoria disminucion del dolor, mejor movilidad en abduccion, se aplica calor humedo local , tens dinamico funcional, terapia manual, tecnica de Mulligan, ejercicios terapeuticos funcionales, Kabat con inversion lenta y sosten, cadena cinetica abierta,cerrada. movilidad activa de tren superior, autoestiramientos de musculos de cintura escapulohumeral, se dan indicaciones de actividades propioceptivas, ejercicios funcionales, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M751	SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO	

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 10/03/2023 17:10:40
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

*** Filtrado por fecha de atención**

Paciente: CC 40012863 ESPERANZA SOTO DE PEREZ
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 hombro derecho, refiere notoria disminucion del dolor, mejor funcionalidad, se aplica calor humedo local , tens dinamico funcional, terapia manual, tecnica de Rood, frenkel, ejercicios terapeuticos funcionales, induccion miofascial instrumental. autoestiramientos de musculos de cintura escapular, se dan indicaciones de actividades propioceptivas tactiles, ejercicios funcionales, reeducacion patrones funcionales de movimiento, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M751	SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO	

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 13/03/2023 16:29:24
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 hombro derecho, con buena respuesta al plan de manejo. se aplica calor humedo local, electroestimulacion, realiza mecanoterapia progresiva con theraban, autoestiramientos dinamicos de cintura escapular, facilitacion propioceptiva neuromuscular con variante diagonal dos , capacidad de reaccion, masaje de cyriax, reeducacion patrones funcionales de movimiento y propiocepcion. se dan plan de indicaciones para continuar con ejercicios funcionales, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M751	SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO	

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** **40012863** **ESPERANZA SOTO DE PEREZ**
Edad: **66** **AÑOS**

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 14/03/2023 10:18:04
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 hombro derecho, refiere notoria disminucion del dolor, mejor movilidad de cintura escapulohumerla contragravedad , se aplica calor humedo local , tens dinamico funcional, terapia manual, ejercicios terapeuticos funcionales, Kabat con inversion lenta , cadena cinetica cerrada en diferenbtes angulos. movilidad excentrica, autoestiramientos de musculos de cintura escapulohumeral, se dan indicaciones de actividades propioceptivas, ejercicios funcionales, control motor. se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M751	SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO	

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 15/03/2023 16:33:39
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 miembro superior derecho, refiere dolor de menor intensidad, se aplica calor humedo local, electroestimulacion, se realizan ejercicios terapeuticos funcionalidad de miembro superior mecanoterapia progresiva con bosu, theraban autoestiramientos dinamicos de cintura escapulohumeral, facilitacion propiceptiva neuromuscular con estabilizacion e iniciacion ritmica, capacidad de reaccion, masaje de cyriax, induccion miofascial, se dan plan de indicaciones para continuar con ejercicios funcionales y autoestiramientos. se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M751	SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO	

*** Filtrado por fecha de atención**

Paciente: CC 40012863 ESPERANZA SOTO DE PEREZ
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 16/03/2023 19:10:14

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.

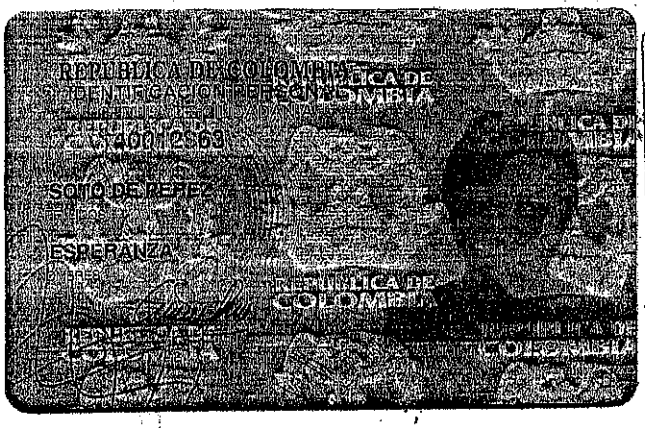
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA

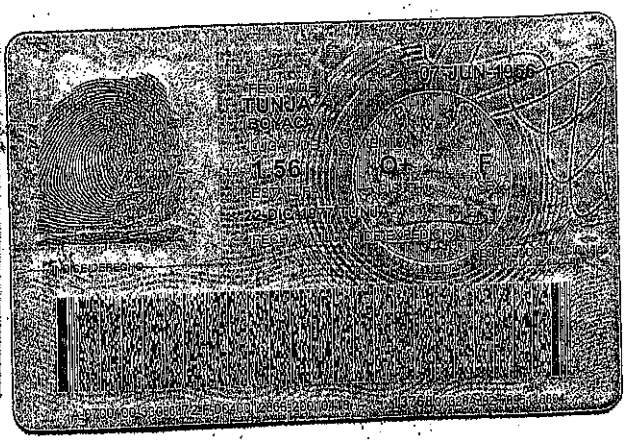
Paciente continua con plan de manejo en hombro derecho, refiere notoria disminucion del dolor, se aplica calor humedo local , tens dinamico en deltoides, terapia manual, tecnica de Rood,,ejercicios terapeuticos funcionales, cadena cinetica cerrada en diferentes angulos. movilidad activa de tren superior, autoestiramientos de cadena flexora de miembro superior, se dan indicaciones de ejercicios funcionales, reeducacionpropioceptiva, estabilidad muscular. se termina sesion sin novedad.

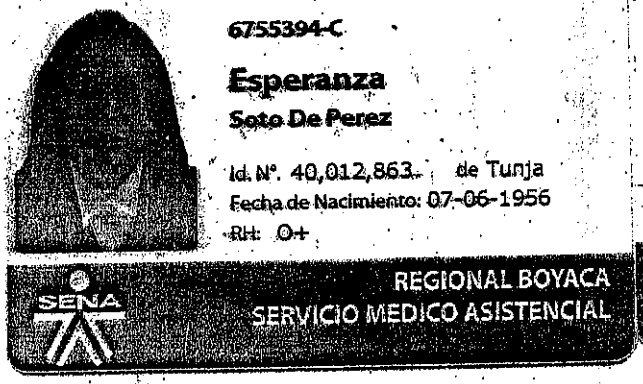
Diagnosticos

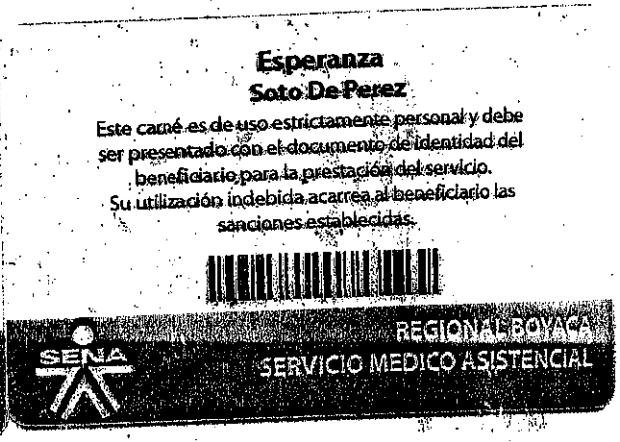
Código	Descripción	Observaciones
M751	SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
SOTO DE PEREZ
ESPERANZA
REPUBLICA DE COLOMBIA


07 JUN 1956
TUNJA
BOYACA
1.56
O+
F


6755394-C
Esperanza
Soto De Perez
Id. N°. 40,012,863. de Tunja
Fecha de Nacimiento: 07-06-1956
RH: O+
SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL


Esperanza
Soto De Perez
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 establecidas.
SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL