0000 301

Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL Karen		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSIÓN: 01	CÓDIGO: HV S 031	ELABORADO, REVISADO Y APROBADO: 2024

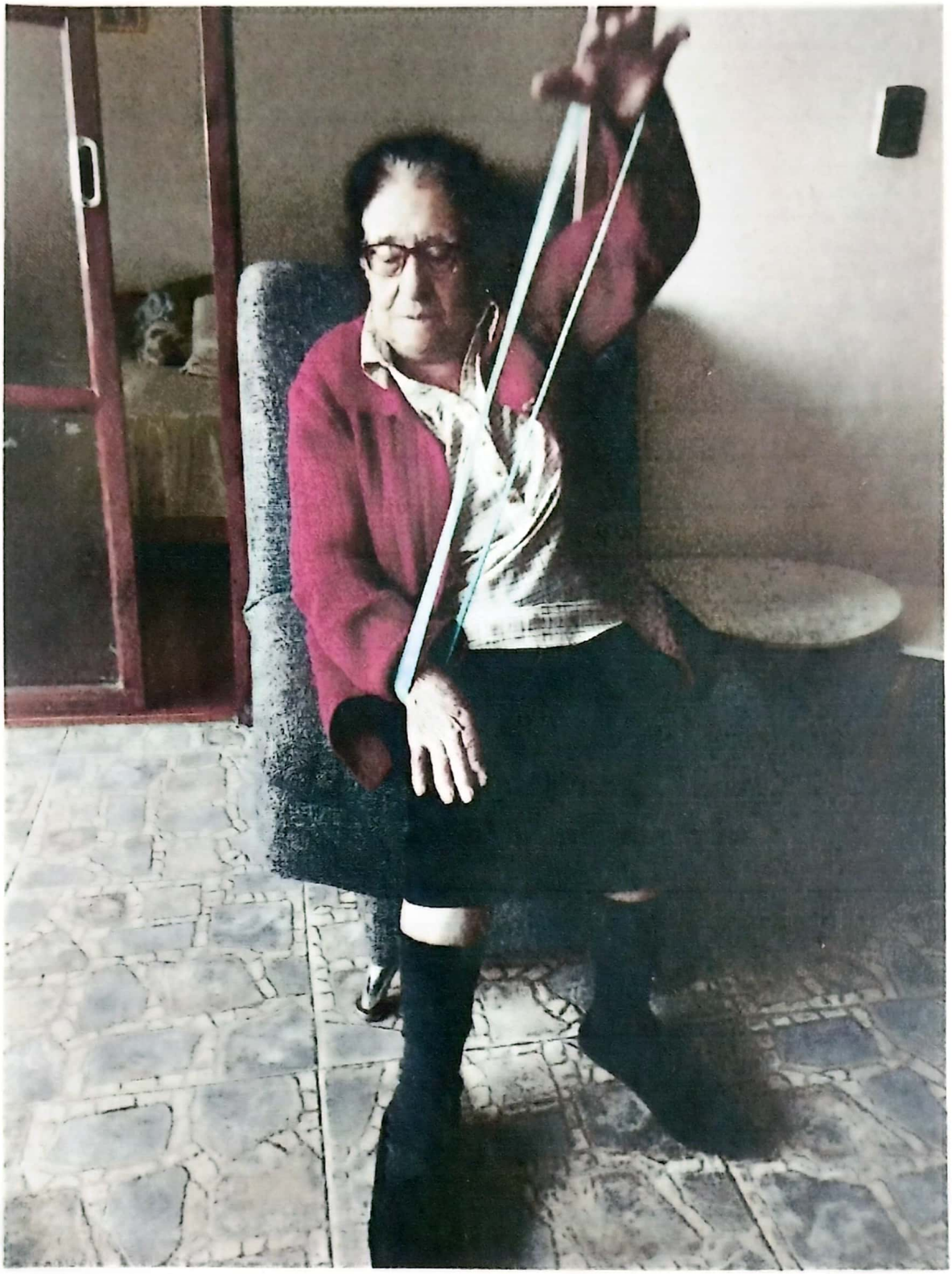
HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Albinael Holguin de Peralta.

DIRECCIÓN: Cll 12a # 16-28 **TELÉFONO:** 3102162560

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
8/07/2024	12:00 m	Albinael de Peralta
9/07/2024	12:00 m	Albinael de Peralta
10/07/2024	12:00 m	Albinael de Peralta
11/07/2024	12:00 m	Albinael de Peralta
12/07/2024	12:00 m	Albinael de Peralta

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLINICA PARA MIEMBROS INFERIORES

Historia Nº: 41486474 Fecha de Ingreso: 8/07/2024
Apellidos Holguin de Peralta Nombres Albinaci
Documento de identidad: Tipo: ___ Numero : ___ Fecha de nacimiento: Día: 7
Mes: 01 Año: 1944 Sexo: F x M ___ Estado civil: Casada Municipio: Funza
Barrio: El palmar Dirección: cll 12a # 16-28 teléfono fijo: ___
Móvil: 3193267616 Correo electrónico: ___
Ocupación: Hogar Entidad de salud: Sura
Vinculación: Subsidiado
Empresa: ___ Nºterapias 5 Diagnostico: Artrosis degenerativa.
Acompañante: Claudia Peralta Parentesco: Hija Teléfono 3193267616
Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldía.

Cronología de la enfermedad:

Fecha y hora de accidente de trabajo: ___
Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: ___
Fecha de reconocimiento de enfermedad general: ___
Clínica de atención primaria: Hospital de Funza.
Exámenes diagnósticos realizados: Hemograma.
Atención de médicos especialistas: Internista.
Tratamientos realizados: Farmacologico
Recomendaciones: Asistir a terapia
Resumen:
"Tengo artrosis degenerativa hace años, me duelen las rodillas y me cuesta caminar"

ANTECEDENTES: Ulcera Varicosa
Patológicos: HTA, Artrosis degenerativa Traumáticos: ___
Toxico-alergicos: ___ Quirúrgicos: RTC Infecciosos: ___
Farmacológicos: Losartan, Acetaminofen, Metocarbamol.

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: Extremidades superiores e inferiores, predominio derecho Escala Análoga Verbal 10/10.
Sensibilidad Superficial: Conservada Espasmo: Trapecio sup.
Edema: ___ Inflamación: Rodillas 1.5 cm
RetraccionesMusculares: Severa → Isquiotibiales, Psoas Iliaco.
Longitud de miembros Inferiores Real y aparente: ___
Marcha: Fase de apoyo; choque de talón x Pie sobre el plano: ✓ Postura intermedia x Impulso. Fase de balanceo; aceleración x oscilación x Desaceleración: ✓.
Aditamentos para la marcha: Bastón unilateral
Propiocepcion:
Alteración severa.
Maniobras especiales: Ninguna.

Powered by CamScanner

0000 304

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

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CADERA	
60°	Flexión	90°
5°	Extensión	10°
10°	Abducción	10°
10°	Aducción	10°
30°	Rotación interna	30°
30°	Rotación externa	30°
	RODILLA	
70°	Flexión	85°
-15°	Extensión	-5°
	PIE	
10°	Dorsiflexión	10°
20°	Plantiflexión	20°
10°	Invesión	10°
5°	Eversión	5°

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	Músculos	Izquierdo
	CADERA	
2-15	Psoas mayor	2-15
2-15	Iliaco	2-15
2-15	Sartorio	2-15
2-15	Glúteo mayor	2-15
2-15	Glúteo mediano	2-15
2-15	Glúteo menor	2-15
2-15	T.F.L	2-15
2-15	ADD	2-15
2-15	R.E.C	2-15
2-15	R.I.C	2-15
	RODILLA	
2-15	Cuádriceps	2-15
2-15	Isquiotibiales	2-15
	TOBILLO	2
2-15	Gastrosoleos	2-15
2-15	Tibial Anterior	2-15
2-15	Tibial Posterior	2-15
2-15	Peroneros	2-15
	PIE	
|	Ext. Común de los dedos	|
//	Ext. Propio del hallux	//
|	Flexor común de los dedos	|
|	Lumbricales, flexor corto del hallux	|

Pruebas complementarias:

Piel: Herida en pierna izquierda. con costra.

Faneras: Normal.

Trofismo muscular: Atrofia muslos bilateral

OBSERVACIONES

Paciente mascha con bastón de un punto

Diagnostico terapéutico: Paciente que presenta alteración del dominio osteomuscular con deficiencia en la movilidad, fuerza y estabilidad.

FIRMA DE LA TERAPEUTA: Karen Prieto Registro: 2405

Powered by CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 8/07/2024 HORA: 12:00 m

NOMBRE DEL PACIENTE: Albenaer Holguin Peralta. Cédula: 4148474

DIAGNOSTICO: Artrosis degenerativa.

DIRECCIÓN: Calle 12 a # 16 - 28

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	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: Karen Poveto Beltran Cedula: 1073519916

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Albenaer Holguin Cedula: 4148474

Parentesco del paciente: — Firma: Albenaer Holguin Peralta

Powered by CamScanner

0000 306

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Albynacer Halcon	**N° DOCUMENTO**	41486474.
ENTIDAD	Alcaldia.	**FECHA**	8 / 07 / 2024

Aplica para toda la poblacion que ingresa a la institucion, de acuerdo con el procedimiento

VARIABLES	RESULTADO	PUNTAJE
CAIDA PREVIA	No	0
	Si	~~25~~
COMORBILIDADES	No	0
	Si	~~15~~
AYUDA PARA DEAMBULAR	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia	0
	Baston / Muleta / Caminador	~~15~~
	Se apoya en los muebles	30
VENOLISIS	No	~~0~~
	Si	20
MARCHA	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas	0
	Debil	~~10~~
	Limitada	20
ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	~~0~~
	Sobre estimula u olvida sus limitaciones	15
PUNTUACION FINAL Y NIVEL DE RIESGO →		65

RIESGO	PUNTAJE	ACCION
Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermeria ○
Medio	25 a 50	Implementacion del plan de prevencion ○
Alto	mayor a 50	Implementacion de medidas especiales ✓

Sume los resultados de la escala y escribalo en el cuadro, de acuerdo a esto verifique el nivel de riesgo que tiene el paciente

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 8/07/2024	CIUDAD: Funza

NOMBRE DEL PACIENTE: Alfonso Hilarion Pineda **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** cc
NUMERO DE IDENTIFICACION: 414 86474 **CIE 10:** _____ **DIAGNOSTICO:** Artrosis degenerativa

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

Antes de firmar, es importante que lea detenidamente la siguiente información. Consúltenos si tiene alguna duda o necesita más información, le atenderemos con mucho gusto.

El objetivo general con el paciente es: Mejorar las capacidades condicionales y coordinativas, que favorezcan la ejecución de patrones de movimiento manipulativos y locomotores

BENEFICIOS: Los beneficios que obtendrá de la realización de la terapia serán: Disminución del dolor local, disminución de la inflamación en el área afectada, incremento de arcos de movilidad articular, aumento de fuerza muscular, aumento de propiocepción, entre otros.

Los beneficios a corto plazo que se desarrollará en el ciclo de terapias # 1, enviado por el especialista en fisioterapia. (escribir la profesión) con la orden para realizar 5 terapias (escribir # de terapias), es:

Disminución del dolor y tensión de extremidades inferiores

Para lograr el objetivo propuesto, la terapia se debe realizar de manera (describa la continuidad de las terapias en días; diario, día de por medio, etc.) diario. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día_____ y terminara el día_____ (escriba la fecha de inicio y finalización de la terapia formato DD-MM-AA)

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (A usted se le realizara lo que se encuentra marcado con un x en la línea izquierda)

__✓__ Terapia sedativa: Masaje, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia. En este caso a usted se le va a omitir; _____

__✓__ Movilidad articular __✓__ Ejercicios activos __✓__ Ejercicios pasivos ___ Fortalecimiento muscular
__✓__ Estiramientos musculares ___ Ejercicios propioceptivos ___ Entrenamiento de marcha ___ Higiene postural

Otros _____

RIESGOS: Durante el tratamiento usted puede sentir malestar e incremento del dolor después del primer día de fisioterapia y con cada ejercicio nuevo usted puede presentar inflamación y dolor.

ALTERNATIVAS: Si usted no desea realizar la terapia siempre tiene la opción de consultar nuevamente a su doctor; para el manejo de dolor debe dirigirse a la clínica de dolor; para restaurar su movilidad funcional consultar una segunda opinión ya sea del ortopedista o del fisiatra.

Powered by CamScanner

0000 308

IMPLICACIÒN: Deberá tener en cuenta que de no realizarse las terapias no tendrá ninguna garantía de recuperar su estado de salud.

HUMANA VITAL S.A.S no se hace responsable del tratamiento si usted no cumple con el numero de teraplas asignadas por el especialista, teniendo en cuenta su periodicidad, usted no sigue los consejos de la terapeuta y no realiza los planes caseros o acude alguna persona que no tenga formación profesional en salud como, por ejemplo; rezanderos, chamanes, sobanderos.

HUMANA VITAL S.A.S brinda una atención humanizada, de alta calidad que busca favorecer la participación y calidad de vida de los usuarios y sus familias, es por esto que somos consecuentes con la diversidad de Etnias, Género, Orientación Sexual, Edad, Discapacidad o condición social en desventaja que pueda tener el usuario, quienes recibirán una atención de calidad sin discriminación alguna.

Yo Albenaer Hernan de Peralta en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 4198474 actuando en el ejercicio pleno de mis facultades declaro que conozco el tratamiento que proponen los profesionales de la IPS HUMANA VITAL y autorizo al desarrollo de este.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Karen Prieto

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 2403

DESENTIMIENTO: 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. De acuerdo la información antes mencionada, usted decide desistir del tratamiento terapéutico, si es así firme a continuación

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP

Powered by CamScanner

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

Autorización para el tratamiento de datos personales

Usuarios 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 info@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: 8 / 07 / 2024

Firma: [signature]

Nombre: Alvaro Holguin de Pivalda

Número de identificación: 4198474

Powered by CamScanner

0000 310

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

Fecha 8 / 07 / 2024 hora 12 m N° de terapias 5

Nombre: Albinaer Hilarion de Peralta Cedula: 41486474

✓ **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 Albinaer Hilarion de Peralta con N° de cedula 41486474

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

Powered by CamScanner

0000 311

AUTORIZACIÓN

Yo Albinaer Hilario Peralta. identificado con cc 41486474 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: Albinaer Hilario ***IDENTIFICACION*** 41486474

FIRMA Albinaer Hilario Peralta

FECHA: 8/07/24 ***HORA:*** 12 m ***ALCALDIA*** x ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Powered by 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 REVISADO Y APROBADO: 2023

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Karen Pinto.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Albenaris Hernandez ***IDENTIFICACION*** 41486474

FECHA: 8/07/24 ***HORA:*** 12 m ***ALCALDIA*** x ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, jueves, 08 de agosto de 2024 07:12:31

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 41.486.474

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ALBINAER HILARION DE PERALTA	
Identificación	CC 41.486.474 Edad: 80 años, 7 meses y 7 días	
Nacimiento	CABRERA (CUNDINAMARCA) sábado, 01 de enero de 1944	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE12 16-28 Teléfono: 3143885385	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	EPIMACO PERALTA Parentesco: ESPOSO Teléfono: 3143885385	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	CASADO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: lunes, 8 de julio de 2024 13:55:55 - EDAD: 80 años, 7 meses y 0 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Losartan, acetaminofén, metacarbamol
PATOLOGICOS: Hipertensión arterial, ulcera varicosa, artrosis degenerativa
EPIDEMIOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que ingresa al servicio de fisioterapia, refiere "tengo artrosis degenerativa hace años, me duelen las rodillas y me cuesta caminar"
DIAGNOSTICO MEDICO: Artrosis generativa
OBSERVACION GENERAL: Realiza marcha antalgica con bastón de un punto, Presenta herida por ulcera varicosa en pierna izquierda cubierta con gasa sin signos de infección, resultado de escala de morse de 65 puntos: riesgo alto de caídas
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: Extremidades superiores e inferiores Intensidad: 10/10 según EAV Frecuencia: Constante

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
HOMBRO -> FLEXION: derecho: 70° FLEXION: izquierdo: 100° EXTENSION: derecho: 20° EXTENSION: izquierdo: 30° ABDUCCION: derecho: 50° ABDUCCION: izquierdo: 70° ADUCCION: derecho: 15° ADUCCION: izquierdo: 30° ROTACION INTERNA: derecho: 30° ROTACION INTERNA: izquierdo: 50° ROTACION EXTERNA: derecho: 30° ROTACION EXTERNA: izquierdo: 50°
CADERA -> FLEXION: derecho: 60° FLEXION: izquierdo: 60° EXTENSION: derecho: 5° EXTENSION: izquierdo: 10° Avd.: derecho: 10° Avd.: izquierdo: 10° Add: derecho: 10° Add: izquierdo: 10°
RODILLA -> FLEXION: derecho: 70° FLEXION: izquierdo: 85° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -15° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: -5°
CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: 10° DORSIFLEXION: izquierdo: 10° PLANTIFLEXION: derecho: 20° PLANTIFLEXION: izquierdo: 20° INVERSION: derecho: 10° INVERSION: izquierdo: 10° EVERSION: derecho: 5° EVERSION: izquierdo: 5°
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cadera Movimiento: Extensión Musculo: Glúteo mayor Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación interna Musculo: Tensor de la fascia lata, Obturador interno, Glúteo menor Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación externa Musculo: Obturador externo, Cuadrado crural Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps crural, Semitendinoso, Semimembranoso Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Inversión Musculo: Tibial posterior Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Eversión Musculo: Peroneo lateral largo, Peroneo lateral corto Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Dorsiflexión Musculo: Tibial anterior, Tibial posterior Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Plantiflexión Musculo: Gemelos, Soleo Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Hombro Movimiento: Flexión Musculo: Deltoides anterior Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Hombro Movimiento: Extensión Musculo: Dorsal ancho Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Hombro Movimiento: Aducción Musculo: Pectoral mayor Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-

RETRACCIONES
Hombro: DELTOIDES ANTERIOR M
Cadera: PSOAS ILIACO S, TENSOR DE LA FASCIA LATA M
Rodilla: SEMINMENBRANOSO M, CUÁDRICEPS CRURAL M
Cuello de pie: GEMELOS M

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA LATERAL: Actitud corporal: NORMAL Cabeza: PROYECCIÓN ANTERIOR Hombros: ROTACIÓN INTERNA Columna Vertebral: NORMAL Abdomen: NORMAL Pelvis: NORMAL Rodillas: GENUM FLEXUM Pie: NORMAL
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Cadera: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: SUPINADO

COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Bípedo: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: REGULAR Bípedo: REGULAR
TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: NO realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: No realiza Cadencia: Disminuida Discriminación de cinturas: Realiza Balanceo de brazos: no realiza
CICATRIZ: Tamaño 5 cm Forma Diseminada
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente de género femenino, quien presenta alteración del dominio osteomuscular y tegumentario con deficiencia en las categorías de movilidad articular, fuerza muscular, estabilidad que le restringe para realizar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN Masaje: 7 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se coloca vibración en miembro inferiores, se realiza masaje descontracturante a tolerancia por 7 minutos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se explica consentimiento informado y se entrega plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). JORGE EMILIO ARANDA RODRIGUEZ CC No. 1.073.521.172 - FISIOTERAPIA - R.M. 40615

FECHA CONSULTA: martes, 9 de julio de 2024 13:39:20 - EDAD: 80 años, 7 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN Masaje: 5 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realizan ejercicios con banda elástica color amarillo para flexión y extensión de rodilla en posición sedente realizando 3 series de 12 repeticiones, además se coloca vibración en región dorso-lumbar por 7 minutos
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios concéntricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda colocar compresa fría en rodilla por 5 minutos
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). JORGE EMILIO ARANDA RODRIGUEZ CC No. 1.073.521.172 - FISIOTERAPIA - R.M. 40615

FECHA CONSULTA: miércoles, 10 de julio de 2024 17:22:27 - EDAD: 80 años, 7 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA

Electro estimulador: 7 MIN Termoterapia: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de movilidad activa de cuello de pie, se realiza drenaje linfático y entrenamiento de la marcha con retroalimentación de la alineación postural
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Seguir las recomendaciones del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: jueves, 11 de julio de 2024 17:24:53 - EDAD: 80 años, 7 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realizan ejercicios de movilidad activa de extremidades inferiores hacia flexión, extensión y abducción en bípedo realizando 3 series de 10 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Seguir las recomendaciones del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: viernes, 12 de julio de 2024 14:34:31 - EDAD: 80 años, 7 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 13 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realizan ejercicios de movilidad articular en decúbito supino de extremidades inferiores hacia flexión y abducción realizando 3 series de 10 repeticiones; además se realizan ejercicios de estabilidad lumbo pélvica con elevación de pelvis y manejo del patrón respiratorio
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente que finaliza tratamiento por fisioterapia, a la valoración se encontró:
-Realiza marcha antalgica con bastón de un punto
-Presenta herida por ulcera varicosa en pierna izquierda cubierta con gasa sin signos de infección
-Disminución del dolor en extremidades superiores e inferiores a 7/10 según EAV
-Mantiene arcos de movilidad hacia:
HOMBRO -> FLEXION: derecho: 70° FLEXION: izquierdo: 100° EXTENSION: derecho: 20° EXTENSION: izquierdo: 30° ABDUCCION: derecho: 50° ABDUCCION: izquierdo: 70° ADUCCION: derecho: 15° ADUCCION: izquierdo: 30° ROTACION INTERNA: derecho: 30° ROTACION INTERNA: izquierdo: 50° ROTACION EXTERNA: derecho: 30° ROTACION EXTERNA: izquierdo: 50°
CADERA -> FLEXION: derecho: 60° FLEXION: izquierdo: 60° EXTENSION: derecho: 5° EXTENSION: izquierdo: 10° Avd.: derecho: 10° Avd.: izquierdo: 10° Add: derecho: 10° Add: izquierdo: 10°
RODILLA -> FLEXION: derecho: 70° FLEXION: izquierdo: 85° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -15° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: -5°
CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: 10° DORSIFLEXION: izquierdo: 10° PLANTIFLEXION: derecho: 20° PLANTIFLEXION: izquierdo: 20° INVERSION: derecho: 10° INVERSION: izquierdo: 10° EVERSION: derecho: 5° EVERSION: izquierdo: 5°
-Fuerza muscular se mantiene para:
Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cadera Movimiento: Extensión Musculo: Glúteo mayor Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-

Articulación: Cadera Movimiento: Rotación interna Musculo: Tensor de la fascia lata, Obturador interno, Glúteo menor Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación externa Musculo: Obturador externo, Cuadrado crural Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps crural, Semitendinoso, Semimembranoso Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Inversión Musculo: Tibial posterior Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Eversión Musculo: Peroneo lateral largo, Peroneo lateral corto Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Dorsiflexión Musculo: Tibial anterior, Tibial posterior Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Plantiflexión Musculo: Gemelos, Soleo Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Hombro Movimiento: Flexión Musculo: Deltoides anterior Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Hombro Movimiento: Extensión Musculo: Dorsal ancho Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Hombro Movimiento: Aducción Musculo: Pectoral mayor Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
-Disminución de retracciones musculares para:
Cadera: PSOAS ILIACO M, TENSOR DE LA FASCIA LATA M
Rodilla: SEMINMENBRANOSO M, CUÁDRICEPS CRURAL M
Cuello de pie: GEMELOS M
-Equilibrio y estabilidad mejoro el 10%
-Disminución de espasmo musculares en muslos
-Sensibilidad superficial conservada

SE RECOMIENDA SEGUIR CON TRATAMIENTO POR FISIOTERAPIA, SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN CASERO Y ASISTIR A CONTROL CON MEDICO TRATANTE

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JORGE EMILIO ARANDA RODRIGUEZ CC No. 1.073.521.172 - FISIOTERAPIA - R.M. 40615
