0000 291

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

HOJA DE RUTA DIARIA

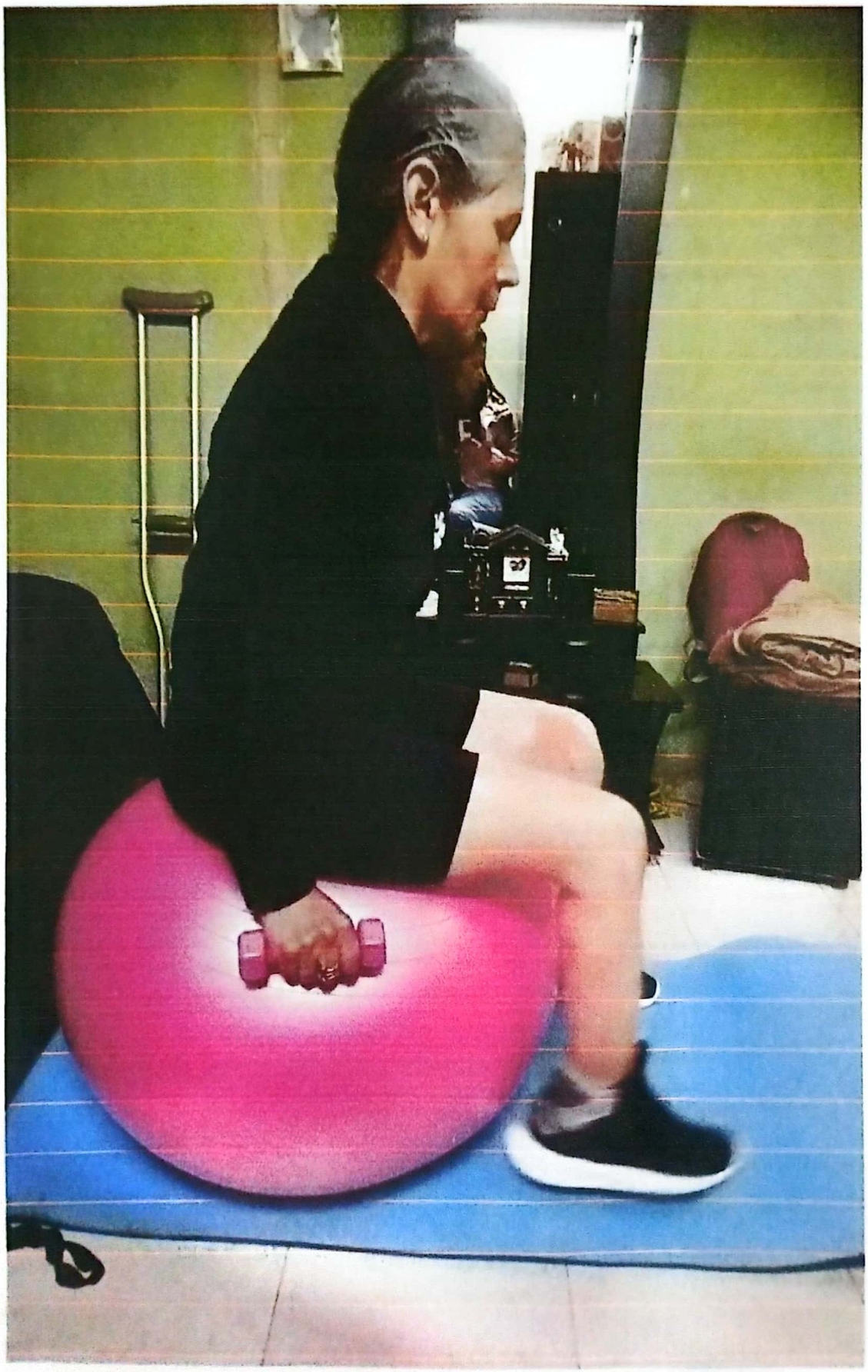
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Berenice León Díaz

DIRECCIÓN: Calle 25 # 3-32 **TELÉFONO:** 3193206351

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
8/07/2024	8:00 am	
9/07/2024	8:00 am	
10/07/2024	8:00 am	
11/07/2024	8:00 am	
12/07/2024	8:00 am	
13/07/2024	8:00 am	
15/07/2024	8:00 am	

Powered by CamScanner

BERENICE LEON DIAZ



Powered by CamScanner

0000 203

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Bermper León Paz. **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 52032861 **CIE 10:** _____ **DIAGNOSTICO:** _____

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 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 # 2, enviado por el especialista en fisioterapia (escribir la profesión) con la orden para realizar 7 terapias (escribir # de terapias), es:

Mejorar la fuerza muscular para miembros inferiores para favorecer la marcha.

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.) diaria. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 8/07/24. y terminara el día 17/07/2024 (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 294

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 terapias 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 Bernardo León Paez. en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 52032861 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 2903

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

0000 205

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Berenice León Diaz	**N° DOCUMENTO**	52032861
ENTIDAD	Alcaldía	**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 →		80

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

0000 206

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 8/07/2024 HORA: 8:00 am

NOMBRE DEL PACIENTE: Berenice León Díaz. Cédula: 52032861

DIAGNOSTICO: _____

DIRECCIÓN: Calle 25 # 3 - 32

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 Prieto Cedula: 1073518716

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Berenice León Díaz. Cedula: 52032861

Parentesco del paciente: _____ Firma: _____

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:

Nombre: Bernice León Díaz.

Número de identificación: 52.032.861

Powered by CamScanner

0009 298

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

Fecha 8/07/2024 hora 8:00am N° de terapias 7

Nombre: Brianna León Díaz. Cedula: 52032861

✓ **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 Brianna León Díaz. con N° de cedula 52032861.

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 299

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 2024 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2024

AUTORIZACIÓN

Yo Berenice León Díaz identificado con cc 52032861 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: Berenice León D. ***IDENTIFICACION*** 52032861

FIRMA _____

FECHA: 8/07/24 ***HORA:*** 8:000m ***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: Gerardo León M. ***IDENTIFICACION*** 5203286

FECHA: 8/07/2024 ***HORA:*** 8:00 am ***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, martes, 23 de julio de 2024 15:03:46

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 52.032.861

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	BERENICE LEON DIAZ	
Identificación	CC 52.032.861 Edad: 56 años, 7 meses y 18 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) martes, 05 de diciembre de 1967	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 25 # 3-32 MARTINEZ RICO Teléfono: 3157172498/3143206351	
Ocupación	9998 - NO APLICA Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	CAROL AVILA LEON Parentesco: HIJA Teléfono: 3017174610	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: AL001 - ALCALDIA DE FUNZA Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil: SOLTERO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Sexo: MUJER

FECHA CONSULTA: lunes, 8 de julio de 2024 14:42:14 - EDAD: 56 años, 7 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Ultrasonido: 3 MIN Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realiza masaje descontracturante en muslos y pantorrillas a tolerancia del paciente, se coloca ultrasonido en rodillas bilateral de tipo constante con una intensidad de 1 MHz
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente que ingresa al servicio de fisioterapia por continuidad, a la valoración se encontró:
-Dolor en rodilla izquierda, pierna derecha y cuello de pie derecho con una intensidad de 8/10 según EAV
-Arcos de movilidad hacia:
CADERA -> FLEXION: derecho: 90° FLEXION: izquierdo: 90° EXTENSION: derecho: 20° EXTENSION: izquierdo: 20° Abd: derecho: 20° Abd: izquierdo: 20° Add: derecho: 5° Add: izquierdo: 5°
RODILLA -> FLEXION: derecho: 80° FLEXION: izquierdo: 70° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: -10°
CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: 5° DORSIFLEXION: izquierdo: 5° PLANTIFLEXION: derecho: 10° PLANTIFLEXION: izquierdo: 10° INVERSION: derecho: 5° INVERSION: izquierdo: 5° EVERSION: derecho: 0° EVERSION: izquierdo: 0°
-Fuerza muscular 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
-Retracciones musculares para:
Rodilla: SEMINMENBRANOSO M
Cuello de pie: GEMELOS M
-Equilibrio y estabilidad con alteración moderada
-Espasmo muscular moderado en trapecio fibras superiores y dorsal ancho
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S823-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: E550-RAQUITISMO ACTIVO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: martes, 9 de julio de 2024 14:45:49 - EDAD: 56 años, 7 meses y 17 días

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realizan ejercicios de fortalecimiento muscular con banda elástica color gris para flexión, extensión y abducción de cadera y rodillas realizando 3 series de 10 repeticiones en decúbito supino, además se realizan estiramientos activos de cadena muscular posterior de miembros inferiores manteniendo por 15 segundo y 3 repeticiones cada movimiento
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios concéntricos
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: S823-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: E550-RAQUITISMO ACTIVO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: miércoles, 10 de julio de 2024 14:48:35 - EDAD: 56 años, 7 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de estabilidad de cintura pélvica con movimientos hacia retroversión y anteroversion en decúbito supino, además se realizan ejercicios de coordinación visopedica en sedente sobre balón terapéutico realizando 3 series de 10 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción
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: S823-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: E550-RAQUITISMO ACTIVO 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 14:55:18 - EDAD: 56 años, 7 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realizan ejercicios de fortalecimiento muscular con banda elástica color gris para flexión y extensión de extremidades inferiores en sedente realizando 3 series de 10 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios concéntricos
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: S823-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: E550-RAQUITISMO ACTIVO 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 12:00:11 - EDAD: 56 años, 7 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 7 MIN Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores Codo: Flexores, Extensores

OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de fortalecimiento muscular con mancuernas de 1 libra con movimientos hacia flexión, extensión y abducción de hombro realizando 3 series de 10 repeticiones en posición sedente
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios concéntricos
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: S823-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: E550-RAQUITISMO ACTIVO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: sábado, 13 de julio de 2024 12:02:07 - EDAD: 56 años, 7 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Extensores, Flexores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de fortalecimiento muscular con banda elástica color azul para flexión, extensión y abducción de cadera y rodillas en decúbito supino realizando 3 series de 10 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio
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: S823-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: E550-RAQUITISMO ACTIVO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: lunes, 15 de julio de 2024 12:05:25 - EDAD: 56 años, 7 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de estabilidad y movilidad activa de cuello de pie y rodillas realizando 3 series de 10 repeticiones en bípedo
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente que finaliza tratamiento por fisioterapia, a la valoración se encontró:
-Disminución del dolor en rodilla izquierda, pierna derecha y cuello de pie derecho a 7/10 según EAV
-Arcos de movilidad se mantienen hacia:
CADERA -> FLEXION: derecho: 90° FLEXION: izquierdo: 90° EXTENSION: derecho: 20° EXTENSION: izquierdo: 20° Abd: derecho: 20° Abd: izquierdo: 20° Add: derecho: 5° Add: izquierdo: 5°
RODILLA -> FLEXION: derecho: 80° FLEXION: izquierdo: 70° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: -10°
CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: 5° DORSIFLEXION: izquierdo: 5° PLANTIFLEXION: derecho: 10° PLANTIFLEXION: izquierdo: 10° INVERSION: derecho: 5° INVERSION: izquierdo: 5° EVERSION: derecho: 0° EVERSION: izquierdo: 0°
-Aumento de fuerza muscular 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+
-Disminución de retracciones musculares para:
Rodilla: SEMINMENBRANOSO M

Cuello de pie: GEMELOS M
-Mejoro alineación postural al movimiento
-Equilibrio y estabilidad mejoro el 20%
-Disminución de espasmo muscular en trapecio fibras superiores y dorsal ancho

SE RECOMIENDA ASISTIR A CONTROL CON MEDICO TRATANTE, SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN CASERO Y SEGUIR CON TRATAMIENTO POR FISIOTERAPIA
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S823-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Relacionado1: E550-RAQUITISMO ACTIVO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403
