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

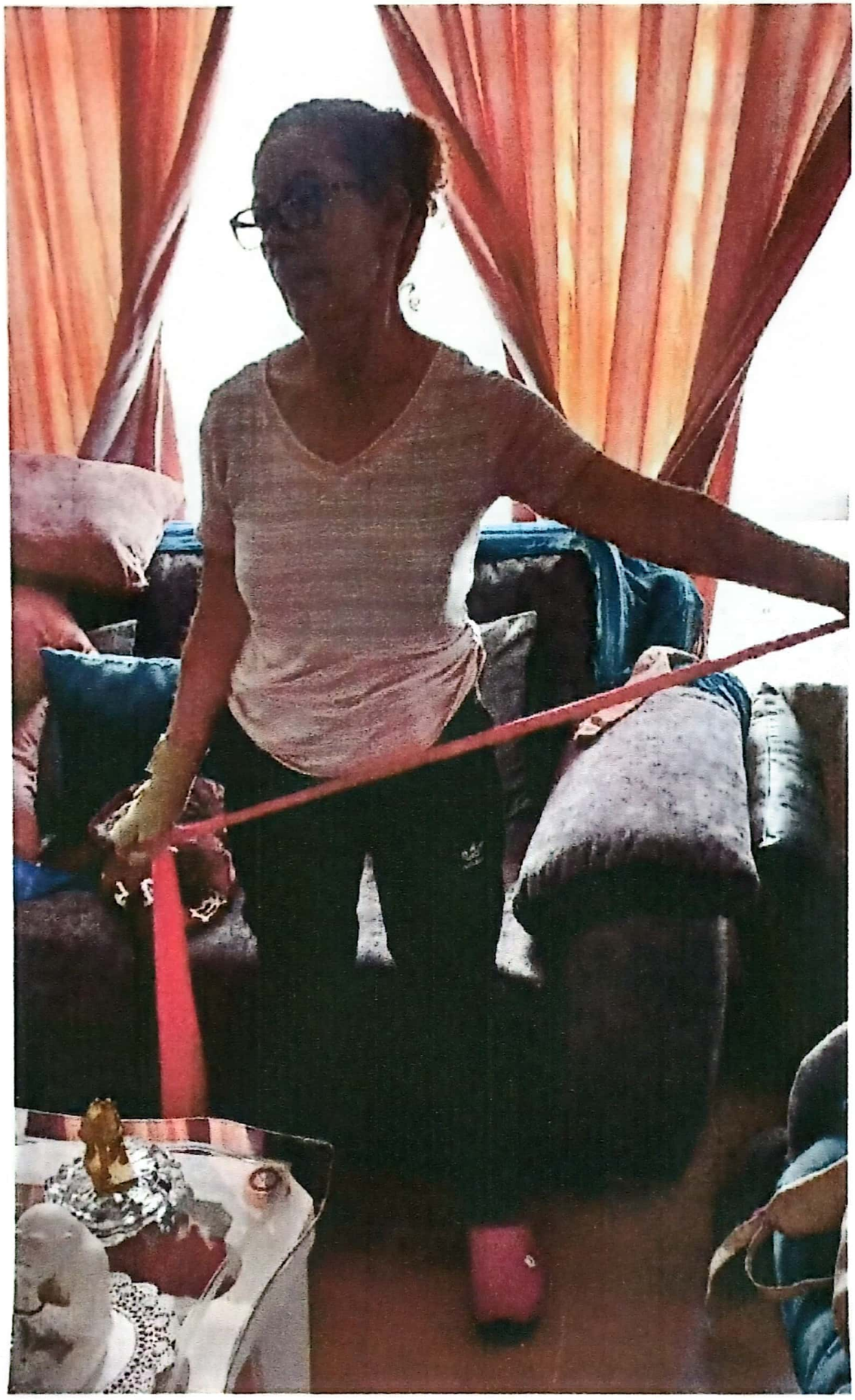
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Carmen Brigitte Vargas Rodriguez

DIRECCIÓN: C66a 2C 6-02 **TELÉFONO:** 3123503825

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
10 Julio 24	9:00AM	Carl Brigitte Vargas R
11 Julio 24	5:00pm	Carl Brigitte Vargas R
12 Julio 24	9:00AM	Carmen brigitte Vargas R
15 Julio 24	4:00pm	Carl Brigitte Vargas R
18 Julio 24	2:00pm	Carl Brigitte Vargas R
27 Julio 24	2:00pm	Carl Brigitte Vargas R

Powered by CamScanner

0000 253



Powered by CamScanner

0000 259

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº:_____ Fecha de ingreso: 10 Julio 2024

Apellidos Vargas Rodriguez Nombres Carmen Brigitte

Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 39735675 Fecha de nacimiento: Día: 13

Mes: 12 Año: 1966 Sexo: F X M___ Estado civil: soltera Municipio:

Funza Barrio: Porvenir Dirección: Cra 2C 6-02 Conj 5 teléfono fijo:

_____ Móvil: 3123503825 Correo electrónico: brigitevargas2020@gmail.com

Ocupación: Hogar Entidad de salud: Famisanar Vinculación: Cotizante

Empresa: _____ Nºterapias 6 Diagnostico: Osteo atrosis generalizada M150

Acompañante: Claudia Vargas Parentesco: hermana Teléfono 3228577031

Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: _____

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: _____

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: _____

Fecha y hora de la enfermedad general:
Artrosis con 3 años de evolución

Clínica de atención primaria: Zeferina

Exámenes diagnósticos realizados:
radiografia, gamagrafia, resonancia

Atención de médicos especialistas:
neurologia, urologia, nefrologia, ortopedia

Tratamientos realizados: terapia fisica, terapia ocupacional

Recomendaciones: Realizar ejercicios en casa

Resumen: paciente con artrosis generalizada, dolor de predominio en pie, marcha con baston - claudicante.

ANTECEDENTES:

Patológicos: niega Traumáticos: Accidente transito 24 Julio 2017

Toxico - alérgicos: tramadol Quirúrgicos: injerto piel pierna derecha, cesarea, varicocelectomia, obstruccion intestinal, entubacion TG-17 TA-T10

Infecciosos: _____ Farmacológicos:
quetiapina, escitalopram, ceftriaxona, pregabalina, mirabegron

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:
Dolor generalizado de predominio pies

Escala Análoga Verbal 10/10

Powered by CamScanner

0000 200

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

Sensibilidad Superficial: parestesia

Sensibilidad profunda: parestesia

Espasmo: osteos Edema: no presenta Inflamación: no presenta

Retracciones Musculares: lumbricales derecho

Atrofias musculares: no presenta

Tono: normotono

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo _ Pie sobre el plano _ Postura intermedia ± Impulso _
Fase de balanceo: Aceleración _ Oscilación _ Desaceleración ±

Aditamentos para la marcha: baston canadiense

Esferas mentales superiores: Orientada tres esferas

Nivel de conciencia: alerta

Memoria: sin alteracion

Lenguaje: sin alteracion

PRAXIAS	
• Constructiva	sin alteracion
• Marcha	alterada
• Vestirse	sin alteracion
• Buco – linguo – facial	sin alteracion
• Escritura	Alterada

Movimientos involuntarios patológicos: no presenta

GNOSIAS		
Simples	• Gustativas	Conservada
	• Visuales	Conservada
	• Olfativas	Conservada
	• Auditivas	Conservada
Complejas	• Visoespaciales	conservada
	• Esquema corporal	Conservada

Movilidad articular: Arcos de movilidad disminuidos en miembro superior derecho

Coordinación: alterada

Equilibrio: alterado

Postura o actitud postural: hiperciforsis

Otros sistemas: sin alterada

Observaciones: Usar aditamentos para la marcha

Diagnostico fisioterapéutico: nivel musculoesqueletico

Firma de la terapeuta: _____ **Registro:** 1047429290

Calle 11 N°10a-79 Funza Tel, 8263636 e-mail; humanavitals.a.s@hotmail.com
Página web www.humanavital.com

Powered by CamScanner

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 10 Julio 2024 HORA: 9:00 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: Carmen Vargas Rodriguez Cédula: 39735675

DIAGNOSTICO: Osteoartrosis primaria generalizada

DIRECCIÓN: Cra 2C 6-02

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
1. Acueducto y alcantarillado	✓	
2. Luz	✓	
ESPACIO		
3. Ventilación óptima	✓	
4. Normas de higiene básica	✓	
5. Es suficientemente amplio para el paciente, la terapeuta y un acompañante	✓	
6. Cuenta con tomas eléctricas en buen estado	✓	
7. Normas de seguridad básicas para el paciente (Pisos, baños, escaleras)	✓	
8. Muebles del entorno del paciente en buen estado	✓	
9. Cama en buen estado	✓	
ACCESO		
10. Existe medios de transporte que lleguen o aproximen al domicilio.	✓	
11. Las vías cerca al domicilio son transitables.	✓	
12. El entorno donde se encuentra ubicado el domicilio es seguro (Índice de delincuencia mínima)	✓	

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: Julieth Martinez Ricardo Cedula: 1047429290

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Carmen Vargas Rodriguez Cedula: 39735675

Parentesco del paciente: paciente Firma: Carmen Vargas R

Powered by CamScanner

0000 262

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Carmen Vargas Rodriguez	N° DOCUMENTO	39735675
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	10 Julio 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 →		35

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:	CIUDAD:

NOMBRE DEL PACIENTE: Carmen Vargas Rodriguez **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 39735675 **CIE 10:** M150 **DIAGNOSTICO:** osteoartrosis generalizada

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: disminuir dolor, mantener arcos de movilidad articular.

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 # 6, enviado por el especialista en _____ (escribir la profesión) con la orden para realizar 6 terapias (escribir # de terapias), es: disminuir dolor

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.) dia de por medio. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 10/07/24 y terminara el día 27/07/24 (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 264

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 Carmen Beatriz Vargas Vargas en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 39735675 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.

Carmen Beatriz Vargas V

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 1047427296

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: 10 Julio 2024

Firma: [signature]

Nombre: carmen brigitte vargas

Número de identificación: 39755695

Powered by CamScanner

0000 266

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

Fecha 10 Julio 2024 hora 9:00AM N° de terapias 6

Nombre: Carmen Vargas Rodriguez Cedula: 39735675

- ✓ **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 Carmen Brigitte Vargas con N° de cedula 39735675

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.

Carmen Brigitte Vargas

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

AUTORIZACIÓN

0090 207

Yo Carmen Vargas Rodriguez identificado con cc 39735675 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: Carmen Vargas **IDENTIFICACION** 39735675

FIRMA

FECHA: _____ **HORA:** _____ **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: Juliet Martinez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Carmen Vargas R ***IDENTIFICACION*** 39735675

FECHA: 10 Julio 24 ***HORA:*** 9:00Am ***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, domingo, 04 de agosto de 2024 18:54:47

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 39.735.675

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	CARMEN BRIGITTE VARGAS RODRIGUEZ	
Identificación	CC 39.735.675 Edad: 56 años, 7 meses y 30 días	
Nacimiento	N/A (CUNDINAMARCA) martes, 05 de diciembre de 1967	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 2 C # 6-02 TORRE7 APT 204 Teléfono: 3123503825	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	CLAUDIA VARGAS Parentesco: HERMANA Teléfono: 3228577031	
Acompañante	CLAUDIA VARGAS Parentesco: HERMANA Teléfono: 3228577031	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS017 - FAMISANAR Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: miércoles, 10 de julio de 2024 20:31:57 - EDAD: 56 años, 7 meses y 28 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: injerto pierna derecha, cesárea, varice bilateral, histerectomia parcial, artrodesis t6 t7 t 9 t 10
TRAUMATICOS: accidente de transito junio 2017
TOXICO ALERGICOS: tramadol
FARMACOLOGICOS: quetiapina, escitalopram, acetaminofen, pregabalina, mirabegron
PATOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: paciente femenina con artrosis generalizada, dolor en columna, hombro hombros, rodillas y pies bilateral
DIAGNOSTICO MEDICO: osteoartrosis generalizada con 3 años de evolución
OBSERVACION GENERAL: paciente con artrosis quien realiza marcha corta independiente, marcha de trayectos largos con caminador
ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: pies Intensidad: 10/10 Frecuencia: constante

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: CONSERVADA Tiempo: CONSERVADA Espacio: CONSERVADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideomotora: CONSERVADA Construccional: CONSERVADA Orolingofacial: CONSERVADA
Comunicación: Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: ALTERADA Temperatura: CONSERVADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: CONSERVADA Propiocepción: CONSERVADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: CONSERVADA Esterognosia: CONSERVADA Topognosia: CONSERVADA Grafestesia: CONSERVADA Discriminación 2 puntos: CONSERVADA
SISTEMA MOTOR
Tono: No presenta variación Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: BUENO Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: MALO Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
IZQUIERDO Cabeza: BUENO Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: MALO Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)
Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE Sedente a cuadrúpedo: ADOPTA/MANTIENE Cuadrúpedo a rodillas: ADOPTA/MANTIENE Rodillas a bípedo: ADOPTA/MANTIENE
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: SI Ayuda externa: SI Marcha: SI
COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR

TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: Realiza Balanceo de brazos: Realiza
SISTEMAS COMPLEMENTARIOS: PIEL
PROPIEDADES TROFICAS
Coloración: CONSERVADA Sudoración: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
PROPIEDADES MECANICAS
Elasticidad: CONSERVADA Extensibilidad: CONSERVADA Movilidad: CONSERVADA
Cicatriz: No Escaras: No Sistema urinario: Normal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: nivel neuromuscular
Pronóstico fisioterapéutico: se estima una mejoría del 50%
DIAGNÓSTICOS
Principal: M150-(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:00 Hora de salida: 10:00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades fisicas y cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Ultrasonido: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza movilidad articular activa en cuello del pie
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos
DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Ultrasonido: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza movilidad articular activa en cuello del pie
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): se recomienda usar medios fisicos en momentos de dolor, evitar realizar actividades de alto impacto, usar ayudas externas para la marcha
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: jueves, 11 de julio de 2024 19:43:29 - EDAD: 56 años, 7 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 17:00 Hora de salida: 18:00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades fisicas y cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Ultrasonido: 5 MIN Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: realiza en sedente ejercicio en punta - talón en 3 series de 10 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): continuar con ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M150-(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: viernes, 12 de julio de 2024 11:45:12 - EDAD: 56 años, 7 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:00 Hora de salida: 10:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades fisicas y cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA

Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: realiza abduccion de hombros con resistencia de banda elástica roja en 3 series de 8 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios excéntricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): continuar con ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M150-(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: martes, 16 de julio de 2024 20:49:10 - EDAD: 56 años, 7 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16:00 Hora de salida: 17:00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades fisicas y cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Ultrasonido: 7 MIN Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza entrenamiento de la marcha con bastón
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios de propiocepción, Reeducación de marcha
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): continuar con ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M150-(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: jueves, 18 de julio de 2024 19:51:40 - EDAD: 56 años, 7 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14:00 Hora de salida: 15:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades fisicas y cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN Masaje: 5 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores, Inclinadores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de movilidad articular en cuello, fortalecimiento muscular en miembros superiores con banda elástica roja
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): continuar con ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M150-(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: sábado, 27 de julio de 2024 20:54:52 - EDAD: 56 años, 7 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14:00 Hora de salida: 15:00 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades fisicas y cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Ultrasonido: 5 MIN Electro estimulador: 12-15 MIN Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza terapia sedativa en columna cervical, ejercicios de movilidad articular en miembros superiores
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente finaliza plan de tratamiento con mejoría del 40%, se recomienda continuar con ejercicios en casa y medios fisicos
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS

Principal: M150-(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290
