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

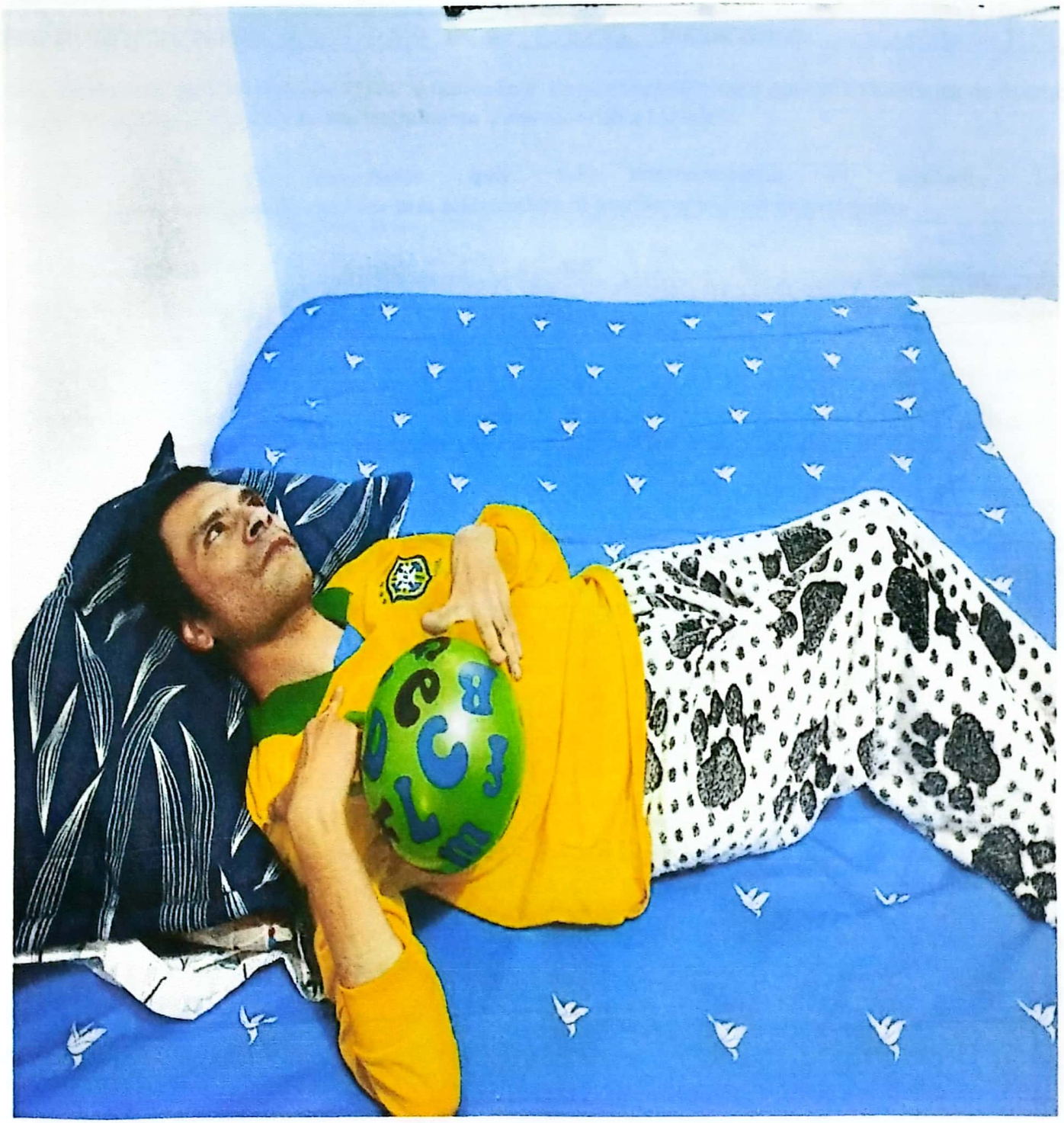
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Dionel Guitarrero

DIRECCIÓN: cll 20 # 13 -29 **TELÉFONO:** 3125203011

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
06-07-2024	16+00	Lucila Mojica
07-07-2024	16+00	Lucila Mojica
08-07-2024	16+00	Lucila Mojica
09-07-2024	16+00	Lucila Mojica
10-07-2024	16+00	Lucila Mojica
11-07-2024	16+00	Lucila Mojica
23-07-2024	16+00	Lucila Mojica

Powered by CamScanner

Dionel Guitarrero



Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	CIUDAD:

NOMBRE DEL PACIENTE: Dionel Guitarrero **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** ___
NUMERO DE IDENTIFICACION: 80698168 **CIE 10:** G800 **DIAGNOSTICO:** Paralisis cerebral

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:

Prevenir Retracciones musculares

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 Terapia Fisica (escribir la profesión) con la orden para realizar 6 terapias (escribir # de terapias), es:

Prevenir ulceras por presion

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.) diarias. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 07-2024 y terminara el día 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

Movilizaciones Pasivas.

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 179

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 Luala mojica en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad #_____ 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.

Luala mojica

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Monica J Fajardo

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 04775

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 180

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Dionel Guitarrero	N° DOCUMENTO	80658168
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	06-07-2024

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

VARIABLES	RESULTADO		PUNTAJE
CAIDA PREVIA	No	X	0
	Si		25
COMORBILIDADES	No		0
	Si	X	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 →			45

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 181

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 07-07-2024 HORA: 07-07-2024

NOMBRE DEL PACIENTE: Dionel Guitarrero Cédula: 86058168

DIAGNOSTICO: parálisis cerebral

DIRECCIÓN: Calle 20 # 13-29

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: Monica J Fajardo Cedula: 1.101.176.041

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Cedula:

Parentesco del paciente: Madre Firma: Lucila Fonseca

Powered by CamScanner

0000 102

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: 07-07-2024

Firma: Lucila Mojica

Nombre: Dionel Guitarrero

Número de identificación: 80658168

Powered by CamScanner

0000 183

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

Fecha 07-07-2024 hora 17+00 N° de terapias 6

Nombre: Dionel Guitarrero Cedula: 80638168

✓ **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 Lucila Mojica con N° de cedula _____

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.

Lucila Mojica

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0000 184

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 Lucila Mojica identificado con cc_____ 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: Dionel Guitarrero ***IDENTIFICACION*** 80658168

FIRMA Lucila Mojica

FECHA: 17:00 ***HORA:*** 07/07/2024 ***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: Monica J Fajardo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Dionel Guitarrero ***IDENTIFICACION*** 80638168

FECHA: 07-07-2024 ***HORA:*** 17:06 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 80.658.168**
FUNZA, martes, 23 de julio de 2024 11:03:56

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	DIONEL GUITARRERO MOJICA	
Identificación	CC 80.658.168 Edad: 39 años, 1 meses y 9 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) viernes, 14 de junio de 1985	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 20 N 13 29FUNZA Teléfono: 3125203011	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	LUCILA MOJICA Parentesco: MAMÁ Teléfono: 3125203011	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS017 - EPS FAMISANAR LTDA CAFAM-COLSUBSIDIO Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil: SOLTERO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Sexo: HOMBRE

FECHA CONSULTA: sábado, 6 de julio de 2024 10:35:14 - EDAD: 39 años, 1 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cuello pie: Plantiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores, ejercicios de estimulación sensorial con pelota de púas
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que ingresa por continuidad a terapia física a la valoración se encontró:
-Mantiene patrón flexor en miembros superiores e inferiores.
-Mantiene posición sedente y decúbito lateral durante 5 segundos.
-No realiza cambios de posición por sí solo.
-puntos de presión en prominencias Oseas
-No realiza agarres.
-Realiza control cefálico en sedente.
-persiste atrofia muscular de miembros inferiores
-Mantiene retracciones musculares severas en miembros inferiores.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: domingo, 7 de julio de 2024 10:59:39 - EDAD: 39 años, 1 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cinticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 5 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cuello pie: Plantiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: se inicia sesión con movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores se continua con ejercicios de rotación de tronco inferior, se continua con cambios de postura de decúbito lateral a sedente con ayuda.
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar cambios de postura
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: lunes, 8 de julio de 2024 10:38:12 - EDAD: 39 años, 1 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: TÉCNICAS: BOBATH
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza rotación de tronco inferior, cambios de postura de decúbito lateral a prono con ayuda, se adopta sedente con ayuda donde se trabaja movilizaciones pasivas de cabeza y cuello
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar cambios de postura
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 9 de julio de 2024 10:42:39 - EDAD: 39 años, 1 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 7 MIN
TÉCNICAS: ROOD
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de sensibilidad con diferentes texturas, se continua con ejercicios uniplanares en miembros inferiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar movilizaciones pasivas
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: miércoles, 10 de julio de 2024 10:46:43 - EDAD: 39 años, 1 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 7 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: se trabaja en cama ejercicios de movilidad articular en miembros superiores en inferiores, se continua con rotación de tronco inferior y cambios de postura de decúbito dorsal a decúbito lateral
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar hidratación de la piel
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: jueves 11 de julio de 2024 10:38:12 - EDAD: 39 años, 1 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: TÉCNICAS: BOBATH
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza rotación de tronco inferior, estimulación sensorial en miembros inferiores con diferentes texturas, se adopta sedente con ayuda donde se trabaja movilizaciones pasivas de cabeza y cuello
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar cambios de postura
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes 23 de julio de 2024 10:52:44 - EDAD: 39 años, 1 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 7
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 3 MIN Masaje: 7 MIN
TÉCNICAS: BOBATH
OTROS PROCEDIMIENTOS: se trabaja seguimiento visual con pelotas de colores, se trabaja en sedente movilizaciones pasivas de cabeza y cuello, se continua con ejercicios de estabilidad paciente no tolera actividad
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que finaliza ciclo de terapia domiciliaria
Paciente alerta
No presenta inflamación ni edema
Realiza seguimiento visual por segundos
Persisten retracciones musculares en miembros superiores e inferiores
Disminución de puntos de presión en prominencias Oseas
Se recomienda continuar con tratamiento por fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775
