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: ERICK FELIPE MACIAS LOPEZ

DIRECCIÓN: Carrera 20A # 10 - 19 **TELÉFONO:** 3124226623

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
10-07-24	10:00 AM	Rosa María López
16-07-24	9:00 AM	Rosa María López
18-07-24	10:00 AM	Rosa María López
23-07-24	9:00 AM	Rosa María López
26-07-24	10:00 AM	Rosa María López
29-07-24	10:00 AM	Rosa María López
31-07-24	9:30 AM	Rosa María López

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLINICA PARA MIEMBROS INFERIORES

Historia Nº: 1 Fecha de ingreso: 10-07-2024
Apellidos Macias lopez Nombres Erick Felipe
Documento de identidad: Tipo: CC Numero : 1073523972 Fecha de nacimiento: Día: 07
Mes 02 Año: 98 Sexo: F ____ M X Estado civil: Soltero Municipio: Cundinamarca
Barrio villa Paul Dirección car 20 A# 10-19 teléfono fijo: NO tiene
Móvil: 3124226623 Correo electrónico: Rosamlopez99@hotmail.com
Ocupación: Hogar Entidad de salud: Compensar.
Vinculación: Subsidiado
Empresa: ____ Nºterapias 7 Diagnostico: Paralisis Cerebral espastica
Acompañante: Rosa Lopez Parentesco: MAMA Teléfono 3124226623
Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldia

Cronología de la enfermedad:
Fecha y hora de accidente de trabajo: De nacimiento por Hipoxia Prenatal
Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: ____
Fecha de reconocimiento de enfermedad general: De nacimiento
Clínica de atención primaria: San Jose
Exámenes diagnósticos realizados: No Presenta
Atención de médicos especialistas: Fisiatria - Neumologia - ortopedista
Tratamientos realizados: Qx de ojos - Qx displasia de cadera, terapias
Recomendaciones: luxacion Hombro Izquierdo
Resumen: Entiende lo que se le habla, deformidades articulares

ANTECEDENTES:
Patológicos: Paralisis cerebral Traumáticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Displasia Cadera Infecciosos: Neumonias
Farmacológicos: CARBAMAZEPINA, FENOBARBITAL, CLONAZEPAN

VALORACION TERAPEUTICA
Dolor: A los movimientos en brazo derecho lo expresa con llanto Escala Análoga Verbal No se puede Cuantif
Sensibilidad Superficial: Sin alteracion Espasmo: no presenta
Edema: Sin alteracion Inflamación: no presenta

RetraccionesMusculares: Severas en miembros inferiores y miembro superior derecho.
Longitud de miembros inferiores Real y aparente: SIN alteracion
Marcha: Fase de apoyo; choque de talón X Pie sobre el plano: X Postura intermedia X Impulso. Fase de balanceo; aceleración X oscilación X Desaceleración: ____.
Aditamentos para la marcha: No realiza marcha
Propiocepcion: NO valorable

Maniobras especiales: No se realizan

Powered by CamScanner

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

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CADERA	
	Flexión	
	Extensión	
	Abducción	
	Aducción	
	Rotación interna	
	Rotación externa	
	RODILLA	
	Flexión	
-50°	Extensión	-50°
	PIE	
	Dorsiflexión	
	Plantiflexión	
	Invesión	
	Eversión	

EXAMEN MUSCULAR

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

- Limitada movilidad articular en miembro superior derecho por contracturas articulares.
- Hiperflexion en manos.
- Patron flexor de miembros inferiores "deformidad en pies"
- Hipertonia moderada en miembros superiores e inferiores.
- No hay control Cefalico ni de tronco
- No hay movimientos voluntarios.

Pruebas complementarias:

Piel: Sin alteraciones

Faneras: No Presenta

Trofismo muscular: MMSS: BRAZO 14 cm, Antebrazo 12 cm MMII Muslo 20 cm

OBSERVACIONES: Paciente dependiente en todas sus activi- Pierna 18 cm
dades de la vida diaria - Con Convulsiones Constantes.

Diagnostico terapéutico: Paciente con diagnostico medico de G 800 que Presenta disfancion en el sistema neuromuscular Scundario a alteraciones neurocartrocinematicas que lo limita severamente Para realizar actividades de movilidad

FIRMA DE LA TERAPEUTA: M. A. F. Registro: 1030551431

Powered by CamScanner

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 10 Julio 2024 HORA: 10:00 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: Erick Felipe Macias Cédula: 1073523972

DIAGNOSTICO: Paralisis Cerebral espastica

DIRECCIÓN: Carrera 20A # 10- 19

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: Ninguna

¿Se puede realizar la terapia en el domicilio evaluado? SI ✓ NO

Si su respuesta es NO describa por qué: Ninguna

Datos del evaluador:

NOMBRE: Monica Gonzalez Cedula: 1030559431

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Rosa Maria Lopez Cedula: 39707.428

Parentesco del paciente: madre Firma: Rosa Maria Lopez

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Erick Felipe Macias	N° DOCUMENTO	1073523972
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	10-07-2024

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 →		30

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: Erick Macias **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1073523972 **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: Mantener las Propiedades neuroartrocinematicas en miembr superiores e inferiores con el fin de evitar deterioro

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 # 7, enviado por el especialista en monica gonzalez (escribir la profesión) con la orden para realizar 7 terapias (escribir # de terapias), es: Relajar tono muscular mantener movilidad articular

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.) interdiaria. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 10-07-24 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)

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

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

Otros
Ninguno

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 149

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 Rosa María López en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 1073523972 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.

Rosa María López

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 1030554431

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: Julio 10

Firma: Rosa María López

Nombre: Rosa María López

Número de identificación: 39707.428

Powered by CamScanner

0000 151

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

Fecha 10 Julio hora 10 AM N° de terapias 7

Nombre: Erick Macias Cedula: 1073523972

✓ **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	✓		**CÓLERA**	✓	
HERPES	✓		**H1N1**	✓	
DIFTERIA	✓		**HEPATITIS**	✓	
NEUMONÍA	✓		**VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)**	✓	
TUBERCULOSIS	✓		**CÁNCER**	✓	

✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Rosa María López con N° de cedula 39.209.428

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.

Rosa María López

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0000 152

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 Rosa María López identificado con cc 39'707.428 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: Erick Felipe Macías **IDENTIFICACION** 1073523972

FIRMA Rosa María López

FECHA: 10-07-24 **HORA:** 10:00 **ALCALDIA** X **PARTICULAR**____ **ARL**____

Powered by CamScanner

0000 153

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 Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Erick Macias ***IDENTIFICACION*** 1073523972

FECHA: 10-07-23 ***HORA:*** _____ ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	- Rosa Maria Lopez
CONSENTIMIENTO INFORMADO	- Rosa Maria Lopez
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	- Rosa Maria López
PLAN CASERO	
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	- Rosa Maria López

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, jueves, 01 de agosto de 2024 20:37:10

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.073.523.972

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ERICK FELIPE MACIAS LOPEZ	
Identificación	CC 1.073.523.972 Edad: 26 años, 5 meses y 25 días	
Nacimiento	FUNZA (GUAINIA) sábado, 07 de febrero de 1998	
Residencia	FUNZA Dirección: CARRERA 20A#10-35 Teléfono: 3114519278/3105880846	
Ocupación	9998 - NO APLICA Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	NO REFIERE Parentesco: NO REFIERE Teléfono: NO REFIERE	
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: HOMBRE

FECHA CONSULTA: miércoles, 10 de julio de 2024 10:00:08 - EDAD: 26 años, 5 meses y 18 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: displasia de cadera
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: carbamazepina, fenobarbital y clonazepan.
PATOLOGICOS: parálisis cerebral espástica, epilepsia.

MOTIVO DE CONSULTA: Mama del paciente la señora Rosa manifiesta que a su hijo le envían terapias por su parálisis cerebral.
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con antecedentes de parálisis cerebral espástica de nacimiento.
OBSERVACION GENERAL: Paciente que se encuentra en decúbito supino en cama. En adecuadas condiciones generales en compañía de mama la señora Rosa.
ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: en hombro derecho. Intensidad: difícil de cuantificar por estado cognitivo del paciente. Frecuencia: A las movilizaciones paciente refiere dolor en brazo derecho.

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: ALTERADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: ALTERADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideomotora: CONSERVADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: ALTERADA
Comunicación: Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: ALTERADA Propiocepción: ALTERADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: CONSERVADA Esterognosia: CONSERVADA Topognosia: ALTERADA Grafestesia: ALTERADA Discriminación 2 puntos: ALTERADA
SISTEMA MOTOR
Tono: Hipertonía moderada en miembros superiores e inferiores. Observación: Patrón flexor de miembros superiores e inferiores. Palpación: Aumento moderado del tono muscular Movimiento: Resistencia moderada a los arcos de movimiento en MMSS y MMII. No ahí movimientos voluntarios.
CONTRACTURAS: articulares en manos, codos, rodillas y pies. DEFORMIDADES: manos y pies.
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: MALO Hombro: MALO Codo: MALO Muñeca: MALO Cadera: MALO Rodilla: MALO Cuello de pie: MALO
IZQUIERDO Cabeza: MALO Hombro: MALO Codo: MALO Muñeca: MALO Cadera: MALO Rodilla: MALO Cuello de pie: MALO
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)
Supino a prono: NO ADOPTA Prono a supino: NO ADOPTA Sedente a cuadrúpedo: NO ADOPTA Cuadrúpedo a rodillas: NO ADOPTA Rodillas a bípedo: NO ADOPTA
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: NO Ayuda externa: NO Marcha: NO
COORDINACION: Fina (visomanual): MALA Gruesa (visopedica): MALA
EQUILIBRIO DINAMICO: MALO

EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: MALO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
TROFISMO SUPERIOR: Brazo derecho: 14 Brazo izquierdo: 14 Antebrazo derecho: 12 Antebrazo izquierdo: 12 Muslo derecho: 18 Muslo izquierdo: 18 Pierna derecha: 15 Pierna izquierda: 15
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: Paciente con diagnóstico médico de G800 que presenta disfunción en el sistema neuromuscular secundario a alteraciones neuroartrocinematicas que lo limita severamente para realizar actividades de movilidad.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado.
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 10:40 am No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realiza valoración.
TRABAJO REALIZADO: Se realiza valoración, se explica consentimiento informado y se firma, se explica derechos y deberes se firma, se firma documento de datos personales y autorización y firma de registro fotográfico.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Cambios constantes de posición.
Hidratación de la piel.
movilizaciones articulares a tolerancia.
uso de almohadas para inhibición del tono muscular.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: martes, 16 de julio de 2024 9:00:44 - EDAD: 26 años, 5 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 9:40 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Mama del paciente refiere que Erick a estado bien sin ninguna dificultad.

Paciente que se encuentra estable, en silla mecedora. En compañía de mama la señora Rosa.
TRABAJO REALIZADO: Sesión # 2

Se realiza terapia con masaje sedativo de distal a proximal a nivel de MMSS y MMII durante 20 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de 4 extremidades con 2 series cada una de 20 segundos, movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores con 2 series cada una de 10 repeticiones. Se culmina sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de mamá.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar masaje en brazos y piernas según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: jueves, 18 de julio de 2024 10:00:30 - EDAD: 26 años, 5 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 10:40 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Mama del paciente refiere que su hijo se encuentra bien.

Paciente que se encuentra en silla mecedora, ubicada en habitación, se encuentra hemodinamicamente estable en compañía de mama la señora Rosa.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #3

Se realiza terapia con estimulación sensorial por medio de diferentes texturas a nivel de miembros superiores e inferiores durante 20 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de MMSS y MMII con 2 series cada una de 20 segundos, movilizaciones pasivas en MMSS y MMII con 2 series cada una de 10 repeticiones. Se culmina sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de mamá la señora Rosa.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar ejercicios de movilidad según indicaciones dadas durante la terapia.

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: martes, 23 de julio de 2024 9:00:44 - EDAD: 26 años, 5 meses y 18 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 9:40 am No. de sesión: 4
CONDUCTA: Mama del paciente comenta que su hijo a estado estable, sin ninguna novedad.

Paciente que se encuentra en decúbito supino en cama, se encuentra hemodinamicamente estable. en compañía de la señora Rosa (Mama).
TRABAJO REALIZADO: Sesión # 4

Se realiza terapia con masaje sedativo de distal a proximal a nivel de MMSS y MMII durante 20 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de 4 extremidades con 2 series cada una de 20 segundos, movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores con 2 series cada una de 10 repeticiones. Se culmina sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de mama.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar masaje en brazos y piernas según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: viernes, 26 de julio de 2024 10:00:01 - EDAD: 26 años, 5 meses y 21 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 10:40 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Mama del paciente comenta que su hijo a estado con muchas flemas.

Paciente que se encuentra en decúbito supino, se encuentra estable en compañía de mama la señora Rosa.
TRABAJO REALIZADO: Sesión # 5

Se realiza terapia con estimulación sensorial por medio de diferentes texturas a nivel de miembros superiores e inferiores durante 20 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de MMSS y MMII con 2 series cada una de 20 segundos, movilizaciones pasivas en MMSS y MMII con 2 series cada una de 10 repeticiones. Se culmina sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de mamá la señora Rosa.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar ejercicios de movilidad según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: lunes, 29 de julio de 2024 10:00:19 - EDAD: 26 años, 5 meses y 23 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 10:40 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Mama del paciente refiere que su hijo sigue con la tos y las flemas.

Paciente que se encuentra en decúbito supino en cama, se encuentra estable, alerta a estímulos. En compañía de mama la señora Rosa.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #6

Se realiza terapia con estimulación sensorial por medio de diferentes texturas a nivel de miembros superiores e inferiores durante 20 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de MMSS y MMII con 2 series cada una de 20 segundos, movilizaciones pasivas en MMSS y MMII con 2 series cada una de 10 repeticiones. Se culmina sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de mamá la señora Rosa.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar ejercicios de movilidad según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: miércoles, 31 de julio de 2024 9:30:08 - EDAD: 26 años, 5 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:30 Hora de salida: 10:10 No. de sesión: 7

CONDUCTA: Mamá del paciente refiere que Erick el día de ayer no el día de ayer no durmió bien ya que presentó tos y flemas.

Paciente que se encuentra en decúbito supino, se encuentra somnoliento en compañía de mamá la señora Rosa.
TRABAJO REALIZADO: Sesión # 7

Se inicia proceso de intervención con masajes sedativo a nivel de miembros superiores e inferiores de proximal a distal para relajar tono muscular en posición de cúbito supino, se trabajan estiramientos pasivos a tolerancia del paciente para musculatura en general de cuatro extremidades con dos series cada una de 10 repeticiones, se finaliza con movilizaciones pasivas en hombros, codos y manos, caderas, rodillas y pies con dos series de 10 repeticiones siempre a tolerancia el paciente. Se finaliza tratamiento sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de mamá la señora Rosa. El día de hoy se termina sesiones enviadas con objetivos terapéuticos estacionarios por patología de base. Se logra mantener movilidad y se ayuda a relajar tono muscular.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar movilizaciones articulares en brazos y piernas a tolerancia del paciente según indicaciones dadas durante la terapia.
Se recomienda cambios constantes de posición cada 2 horas.
Uso de almohadas para relajar tono muscular.
Masaje a nivel de brazos y piernas de próxima a la distal según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431
