0000 186

| 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

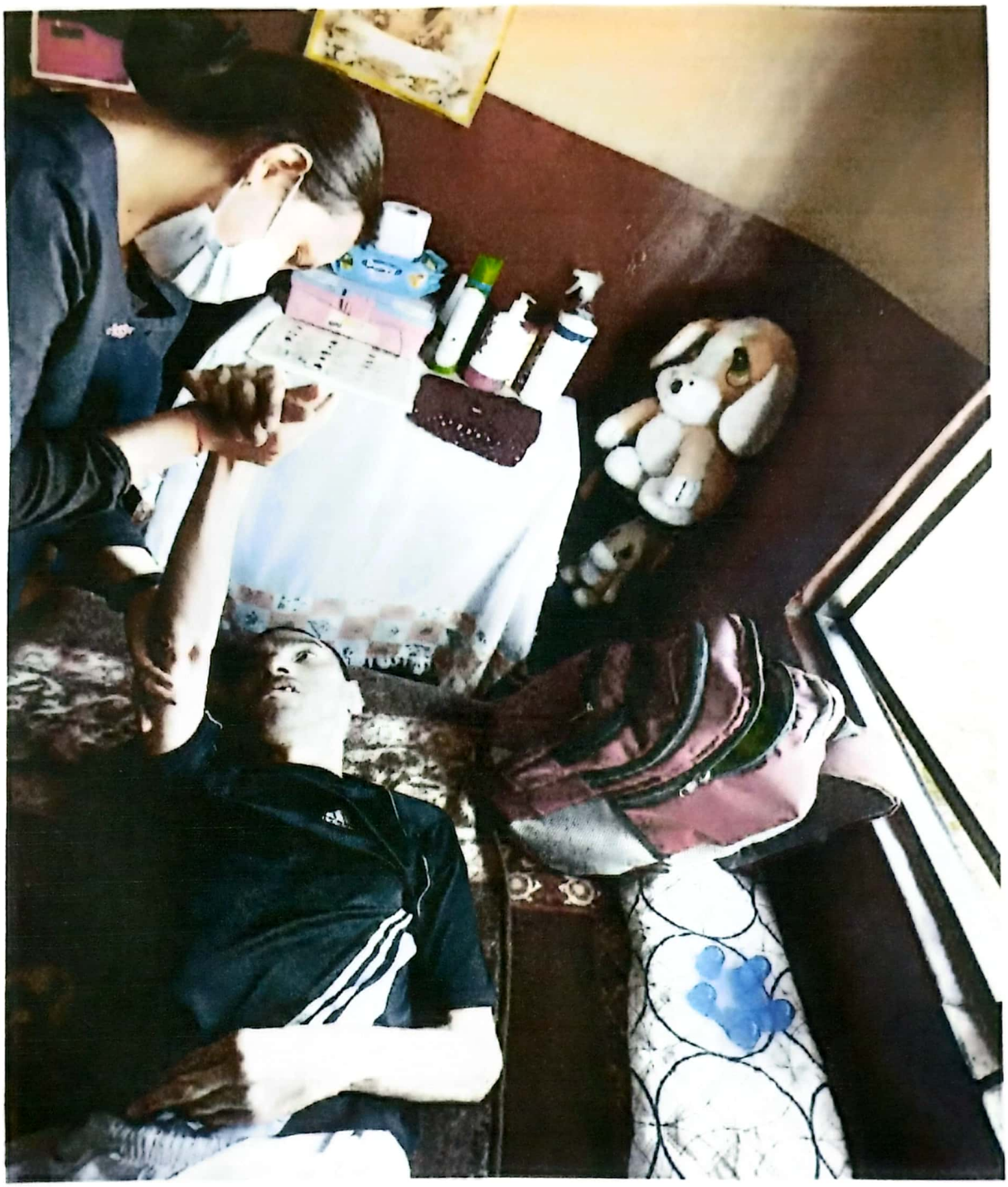
**NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO:** Jose Ignacio Garcia

**DIRECCIÓN:** Cra 7 H 23 - 15 **TELÉFONO:** 3222864460

| FECHA | HORA | FIRMA USUARIO |
|---|---|---|
| 11 - 07-2024 | 16+00 | |
| 16 07-2024 | 16+00 | |
| 17- 07-2024 | 16+00 | |
| 18- 07-2024 | 16+00 | |
| 19- 07-2024 | 16+00 | |
| 24 -07-2024 | 16+00 | |
| 25-07-2024 | 16+00 | |
| 26-07 -2024 | 16+00 | |
| | | |
| | | |

Powered by CamScanner

Jose Ignacio Garcia



Powered by CamScanner

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

## HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1073517574 Fecha de Ingreso: 09-09-2024

Apellidos Garcia organista Nombres Jose ignacio

Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 1073517574 Fecha de nacimiento: Día: 14

Mes: 08 Año: 1976 Sexo: F ___ M X Estado civil: Soltero Municipio:

Funza Barrio: Bellizca Dirección: cra 7 # 22-15 teléfono fijo:

3222864460 Móvil: — Correo electrónico: —

Ocupación: — Entidad de salud: Nueva EPS Vinculación: Subsidiada

Empresa: — Nºterapias 6 Diagnostico: 6800 paralisis

Acompañante: Yaneth Garcia Parentesco: Hermana Teléfono 3228644 60

**Entidad de salud por la que ingresa a la IPS:** Alcaldia

**Cronología de la enfermedad.**

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: Nacimiento

Clínica de atención primaria: —

Exámenes diagnósticos realizados: Niega

Atención de médicos especialistas: Psiquiatra.

Tratamientos realizados: Terapia Fisica

Recomendaciones: terapia integral

Resumen: Paciente en silla de ruedas neurologica pronuncia poco palabras, realiza agarre mano izquierda

**ANTECEDENTES:**

Patológicos: Niega Traumáticos: Niega

Toxico - alérgicos: Niega Quirúrgicos: Niega

Infecciosos: / Farmacológicos:

quetiapina, Acetaminofen

**VALORACION TERAPEUTICA**

Dolor:

No Refiere

/ Escala Análoga Verbal /



Powered by CamScanner

0000 100

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

Sensibilidad Superficial: Alterada

Sensibilidad profunda: Alterada

Espasmo: / Edema: / Inflamación: /

Retracciones Musculares: Isquiotibiales severa

Atrofias musculares: Miembros Inferiores

Tono: Hipertonia

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

Aditamentos para la marcha: Alterado

Esferas mentales superiores: Alterado

Nivel de conciencia: Alerta

Memoria: Alterado

Lenguaje: Silabas

| PRAXIAS | |
|---|---|
| • Constructiva | Alterada |
| • Marcha | Alterada |
| • Vestirse | Alterada |
| • Buco – linguo – facial | Alterada |
| • Escritura | Alterado |

Movimientos involuntarios patológicos: /

| GNOSIAS | | |
|---|---|---|
| Simples | • Gustativas | Alterada |
| | • Visuales | Alterado |
| | • Olfativas | Alterado |
| | • Auditivas | Alterado |
| Complejas | • Visoespaciales | Alterado |
| | • Esquema corporal | |

Movilidad articular:

Arcos de movilidad malos en miembros inferiores

Coordinación: Alterado

Equilibrio: Alterado

Postura o actitud postural: Alterado

Otros sistemas: Urinario

Observaciones:
Paciente en compañía de familiar

Diagnostico fisioterapéutico: Dominio neuromuscular alteracion categoria funcion motora, integridad sensorial

**Firma de la terapeuta:** Monica J Fajardo **Registro:** 04775



Powered by CamScanner

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

## VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 07-2024 HORA: 16:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Garcia Cédula: 1073517574

DIAGNOSTICO: Paralisis cerebral

DIRECCIÓN: CRA 7 # 22-15

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 | | |
| 9. Cama en buen estado | | |
| **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) | | |

**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: Jan Garcia Cedula: 1073517574

Parentesco del paciente: Hermana Firma: Jan Garcia



Powered by CamScanner

0000 191

| Humana Vital S.A.S | ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE | Actualizado: Enero 2024<br>Aprobrado: Enero 2024 | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | Jose Garcia | **N° DOCUMENTO** | 1073517574 |
| **ENTIDAD** | Alcaldo | **FECHA** | 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 → | | 25 |

| 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:** Jose Garcia **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
**NUMERO DE IDENTIFICACION:** 1073517574 **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 # 8, enviado por el especialista en Fisica (escribir la profesión) con la orden para realizar 1 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.) Intermedio. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 11-07-2024 y terminara el día 23-07-2024 (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; ___

X Movilidad articular ___ Ejercicios activos ___ Ejercicios pasivos ___ Fortalecimiento muscular
___ Estiramientos musculares ___ Ejercicios propioceptivos ___ Entrenamiento de marcha X 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 193

**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 Yaneth Garcia en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 1073517372 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

Tenica J Fajard.

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

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: 09-07-2023

Firma: [signature]

Nombre: Yanith Cecilia Garcia Orjuela

Número de identificación: 51593264



Powered by CamScanner

0000 195

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

Fecha 09-07-2024 hora 16:00 N° de terapias 8

Nombre: Jose Goraa Organista Cedula: 1073517574

✓ **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 Yandth Cecilia Goraa Organista con N° de cedula 51093264

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 106

## AUTORIZACIÓN

Yo Monica Yaneth Garcia identificado con cc 1C 51593264 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:** Jose Garcia **IDENTIFICACION** 1073517574

**FIRMA** Jose H. Garcia

**FECHA:** 09-07-2024 **HORA:** 16:00 **ALCALDIA** X **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Powered by CamScanner

0003 197

| Humana Vital S.A.S | PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL<br>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 Fajardo

***NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO:*** Jose Garcia ***IDENTIFICACION*** 1073SH7574

***FECHA:*** 09-07-2024 ***HORA:*** 16:00 ***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, sábado, 27 de julio de 2024 11:39:47

**HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.073.517.574**

DATOS PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| Nombres y apellidos | JOSE IGNACIO GARCIA ORGANISTA | |
| Identificación | CC 1.073.517.574 Edad: 47 años, 10 meses y 29 días | |
| Nacimiento | FUNZA (CUNDINAMARCA) sábado, 28 de agosto de 1976 | |
| Residencia | FUNZA Dirección: CARRERA 7#23-15 Teléfono: 3218023016 | |
| Ocupación | 9998 - NO APLICA Escolaridad: SIN INFORMACION | |
| Responsable | NO REFIERE Parentesco: NO REFIERE Teléfono: NO REFIERE | |
| Acompañante | Parentesco: Teléfono: | |
| Entidad | ALCALDIA EAPB: NUEVA EPS Tipo usuario: 12 PARTICULAR | |
| Estado civil: SOLTERO (G.S. y RH: ) Religión: (Estrato: ) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO) | | Sexo: HOMBRE |

FECHA CONSULTA: martes, 9 de julio de 2024 11:14:33 - EDAD: 47 años, 10 meses y 29 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRÚRGICOS: No refiere
TRAUMÁTICOS: No refiere
TOXICO ALÉRGICOS: No refiere
FARMACOLÓGICOS: quetiapina, acetaminofén
PATOLÓGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: paciente que ingresa al servicio de terapia física domiciliaria, paciente dependiente de actividades de la vida diaria
DIAGNOSTICO MEDICO: paciente con parálisis cerebral desde el nacimiento, presenta luxación en cadera izquierda
OBSERVACIÓN GENERAL: presenta:
Paciente alerta
Paciente con morse de 25
Impulsado en silla de ruedas neurológica
Retracciones musculares severas en miembros inferiores
Arcos de movilidad conservados en miembros superiores
Atrofia muscular generalizada
ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: CONSERVADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideomotora: CONSERVADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: ALTERADA
Comunicación: NO VERBAL Lateralidad: DERECHO
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: ALTERADA Temperatura: ALTERADA
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: No presenta variación Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL: No realizada
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECÚBITO)
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: SI Ayuda externa: SI Marcha: NO
COORDINACION: Fina (visomanual): MALA Gruesa (visopedica): MALA
EQUILIBRIO DINAMICO: MALO

EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: MALO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: MALO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
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: ALTERADA Temperatura: ALTERADA
PROPIEDADES MECANICAS
Elasticidad: CONSERVADA Extensibilidad: ALTERADA Movilidad: ALTERADA
Cicatriz: No Escaras: No Sistema urinario: Normal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: paciente con dominio neuromuscular alteración en las categorías arcos de movilidad, tono muscular, patrón de marcha limitación severa en las actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 7 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza cambios de postura de decúbito dorsal a decúbito lateral se realiza ejercicios de estabilidad
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): se entrega y explica plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr. (a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 16 de julio de 2024 11:21:46 - EDAD: 47 años, 10 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cineticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: TECNICAS: BOBATH
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza masaje en miembros superiores e inferiores se continua con ejercicios uniplanares en miembros inferiores se trabaja agarres de pelota de puas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Realizar cambios de postura cada dos horas
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: miércoles, 17 de julio de 2024 11:23:59 - EDAD: 47 años, 10 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 12-15 MIN en miembros superiores
OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente estable en compañía de familiar es trasladado a silla donde se realiza ejercicios pasivos para miembros superiores, se trabaja seguimiento visual de pelota, estimulación sensorial con pelota de puas
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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: jueves, 18 de julio de 2024 11:26:52 - EDAD: 47 años, 10 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapeuticas

TRABAJO REALIZADO: TECNICAS: ROOD
OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente en cama en compañía de familiar se inicia sesión con masaje céfalo caudal, se continua con movilizaciones pasivas en miembros superiores e inferiores, se continua con cambios de postura de decúbito dorsal a lateral.
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar ejercicios de agarres
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: viernes, 19 de julio de 2024 11:28:02 - EDAD: 47 años, 10 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente estable en sedente en silla de ruedas, se inicia sesión con movilizaciones activas asistidas de miembros superiores, se continua con ejercicios de seguimiento visual y agarres paciente sostiene objetos por periodo corto
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): se recomienda realizar ejercicios de movilidad para miembros superiores
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: miércoles, 24 de julio de 2024 11:30:28 - EDAD: 47 años, 10 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades cineticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: Encuentro paciente estable en silla de ruedas alerta, se inicia sesión con ejercicios de movilidad articular para miembros superiores, se alcanza balón donde paciente lo sostiene por periodo corto con ambas manos, se continua con ejercicios de movilidad para cuello de pie
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar masaje en miembros inferiores
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: jueves, 25 de julio de 2024 11:32:04 - EDAD: 47 años, 10 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 7
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente en decúbito dorsal, somnoliento refiere familiar paciente no haber consumido medicamento para el sueño por lo cual no pudo dormir, se realiza movilizaciones pasivas en miembros superiores, se continua con ejercicios uniplanares en miembros inferiores finaliza sesión sin complicación
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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: viernes, 26 de julio de 2024 11:35:01 - EDAD: 47 años, 10 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16 Hora de salida: 17 No. de sesión: 8
CONDUCTA: modalidades cineticas y terapeuticas
TRABAJO REALIZADO: encuentro paciente estable alerta en compañía de familiar en silla de ruedas se inicia sesión con:
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza terapia con masaje en miembros superiores e inferiores se continua con movilizaciones pasivas en miembros superiores, se trabaja con pelota ejercicios de agarres realiza alcance ocasionales

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que finaliza ciclo de terapia física domiciliaria la valoración final se encontró:
Paciente alerta
Realiza agarres por periodo corto
Realiza seguimiento visual
Impulsado en silla de ruedas neurológica
Persisten retracciones musculares severas en miembros inferiores
Se mantienen arcos de movilidad conservados en miembros superiores
Se mantiene atrofia muscular generalizada
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 ESPÁSTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr. (a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

---