0000 209

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

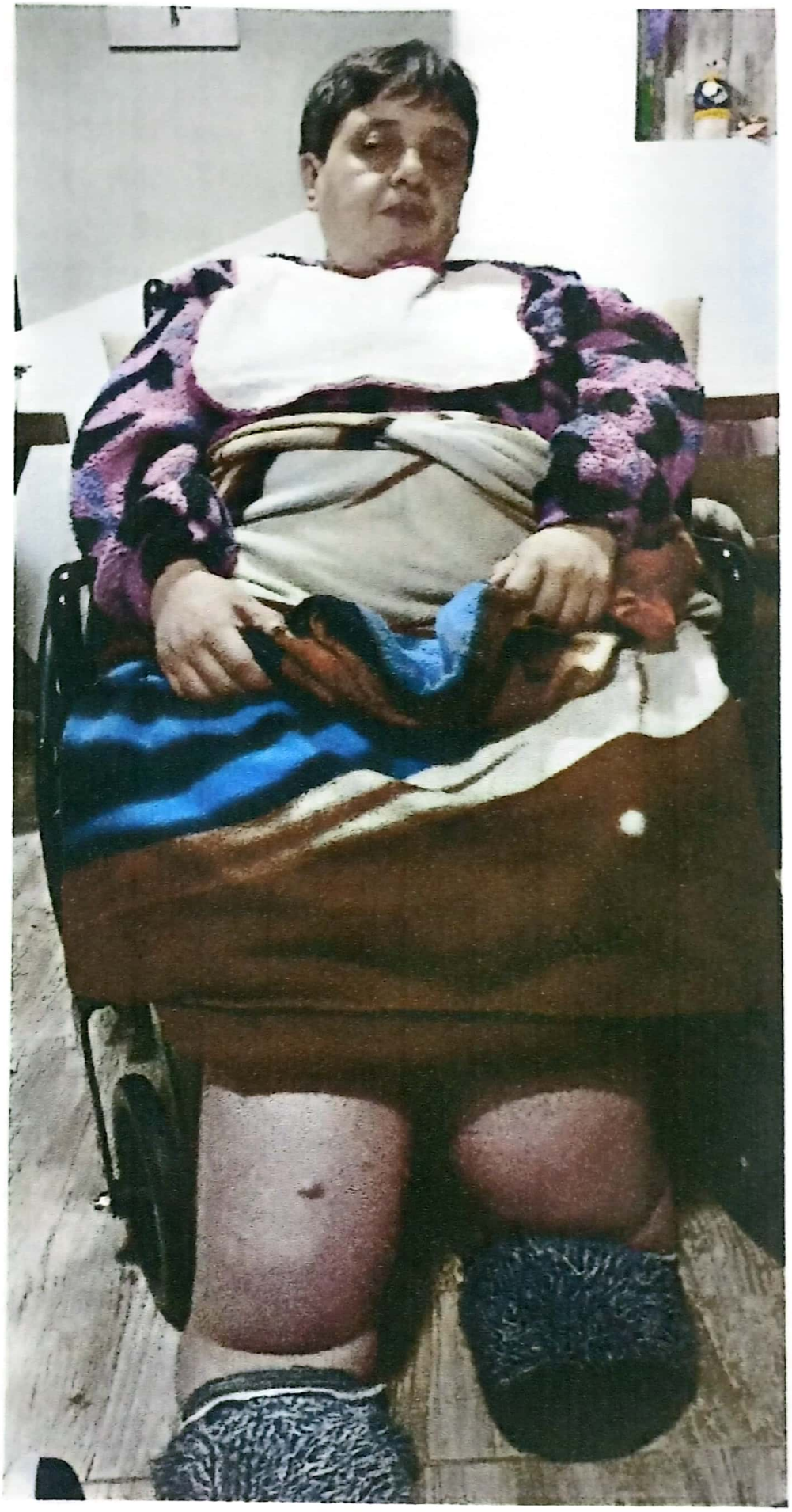
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: July Andrea Garzon Cortes

DIRECCIÓN: Cll 18 16-35 **TELÉFONO:** 3142234725

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
18 Julio 24	3:00pm	
22 Julio 24	4:00pm	
23 Julio 24	10:00 Am	
25 Julio 24	10:00 Am	
30 Julio 24	10:00 Am	
31 Julio 24	10:00 Am	

Powered by CamScanner

0000 270



Powered by CamScanner

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº:_____ Fecha de ingreso: _____

Apellidos Gaegan Castes Nombres Jily Andrea

Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 52664304 Fecha de nacimiento: Día: 02.

Mes: 06 Año: 1984 Sexo: F x M___ Estado civil: soltera Municipio:

Funza Barrio: Portales Dirección: cll 18 16-55 teléfono fijo:

6018235459 Móvil: 3142234472 Correo electrónico: anitamaravita18@hotmail.com

Ocupación: Hogar Entidad de salud: Nueva EPS Vinculación: _____

Empresa: _____ Nºterapias___ Diagnostico: _____

Acompañante: Isabel Castes Parentesco: Madre Teléfono 3142234472

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:
desde los 9 meses de edad

Clínica de atención primaria: san rafael

Exámenes diagnósticos realizados:
TAC, endoscopia

Atención de médicos especialistas:
psiquiatra, neurologo, dermatologa, cardiologia

Tratamientos realizados: terapia fisica, terapia ocupacional

Recomendaciones: Realizar controles de por vida cada 2 meses.

Resumen: paciente con hipotonia en miembros inferiores

ANTECEDENTES:

Patológicos: hipotiroidismo Traumáticos: niega

Toxico - alérgicos: niega Quirúrgicos: corrección escoliosis

Infecciosos: niega Farmacológicos:
la no tirona, esomeprazol, levotiroxina

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:
niega.

Escala Análoga Verbal_____

Powered by CamScanner

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

Sensibilidad Superficial: normestesia

Sensibilidad profunda: normestesia

Espasmo: no presenta Edema: MMII Inflamación: no presenta

Retracciones Musculares: no presenta

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: silla de ruedas.

Esferas mentales superiores: Confuso

Nivel de conciencia: Confuso

Memoria: Alterada

Lenguaje: Alterada

PRAXIAS	
• Constructiva	Alterada
• Marcha	Alterada
• Vestirse	Alterada
• Buco – linguo – facial	Alterada
• Escritura	Alterada

Movimientos involuntarios patológicos: no presenta

GNOSIAS		
Simples	• Gustativas	sin alteracion
	• Visuales	sin alteracion
	• Olfativas	sin alteracion
	• Auditivas	sin alteracion
Complejas	• Visoespaciales	Alterada
	• Esquema corporal	Alterada

Movilidad articular: disminuida en miembros inferiores

Coordinación: Alterado

Equilibrio: Alterado

Postura o actitud postural: hombros protuidos

Otros sistemas: sin alteracion

Observaciones: ninguna.

Diagnostico fisioterapéutico: nivel neuromuscular

Firma de la terapeuta: _____ **Registro:** 1014212290

Powered by CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 18 Julio 2024 HORA: 3:00pm

NOMBRE DEL PACIENTE: July Gaggon Cortes Cédula: 52664307

DIAGNOSTICO: Retraso mental grave

DIRECCIÓN: Cll 18 16-35

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 ✓ NO

Si su respuesta es NO describa por qué:

Datos del evaluador:

NOMBRE: Julieth Martinez Cedula: 1014272790

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Isabel Cortes Cedula: 41515717

Parentesco del paciente: Madre Firma:

Powered by CamScanner

0000 271

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	July Grajon Cortes	N° DOCUMENTO	52664304
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	18 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 →		50

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: July Garzon Cortes **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 52662302 **CIE 10:** F728 **DIAGNOSTICO:** Retraso mental grave

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 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:
mantener arcos de movilidad articular, disminuir inflamacion

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 19/07/24 y terminara el día 31/07/24 (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; _____

X Movilidad articular ___ Ejercicios activos X Ejercicios pasivos ___ Fortalecimiento muscular
X 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 2:3

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 Isabel Cortés Sanchez en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 41515717 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

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 1047424290

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: 13 Julio 2024

Firma:

Nombre: Isabel Cortes Sanchez

Número de identificación: 41515717

Powered by CamScanner

0000 278

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

Fecha 18 Julio 2024 hora _____ N° de terapias 6

Nombre: July Garzon Cortes Cedula: _____

- ✓ **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 Isabel Cortes Sanchez con N° de cedula 41575717

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.

Isabel Cortes S.

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0000 279

AUTORIZACIÓN

Yo Isabel Carter Sanchez identificado con cc 41515717 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: July Garzon C. ***IDENTIFICACION*** 52664304

FIRMA_____

FECHA: 18 Julio 24 ***HORA:*** 3:00pm ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Powered by CamScanner

0000 280

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: Julieth Martinez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: July Garzon cortes ***IDENTIFICACION*** 52664304

FECHA: 18 Julio 24 ***HORA:*** 3:00pm ***ALCALDIA*** ___ ***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 18:59:53

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 52.664.304

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JULY ANDREA GARZON	
Identificación	CC 52.664.304 Edad: 40 años, 2 meses y 2 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) sábado, 02 de junio de 1984	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 18 # 16-35 MANZ D CASA 103 PORTALES Teléfono: 3142234725	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	ISABEL CORTES Parentesco: MADRE Teléfono: 3142234725	
Acompañante	SIN INFORMACION Parentesco: SIN INFORMACION Teléfono: SIN INFORMACION	
Entidad	DOMICILIO EAPB: EPS037 - NUEVA EPS Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (con unión marital de hecho) (Estrato: 2) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión: OTRO	G.S. y RH: O+

FECHA CONSULTA: jueves, 18 de julio de 2024 20:19:30 - EDAD: 40 años, 2 meses y 0 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: corrección escoliosis
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: divalproato, quetiapina, levomeprozina, fluoxetina, risperidona, lamotrigina, esomeprazol, levotiroxina
PATOLOGICOS: hipotiroidismo, epilepsia

MOTIVO DE CONSULTA: paciente femenina con diagnostico de retraso mental grave
DIAGNOSTICO MEDICO: retraso mental grave desde los 9 meses de edad
OBSERVACION GENERAL: paciente en silla de ruedas con retraso mental grave, linfedema en miembros inferiores
ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: ALTERADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideomotora: CONSERVADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: CONSERVADA
Comunicación: Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO: NORMOREFLEXIA
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA 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: paciente en silla de ruedas Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: REGULAR Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: MALO Rodilla: MALO Cuello de pie: MALO
IZQUIERDO Cabeza: REGULAR Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR 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: SI Marcha: NO
COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): MALA
EQUILIBRIO DINAMICO: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
TROFISMO: No evaluado

MARCHA
Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: No Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: No Realiza Discriminación de cinturas: No Realiza
Balanceo de brazos: No 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: reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: F728-RETRASO MENTAL GRAVE: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15:00 Hora de salida: 16:00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: se realiza valoración inicial para llenar datos de historia clínica, paciente en silla de ruedas con retraso mental grave quien se encuentra en silla de ruedas, linfedema en miembros inferiores
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): se recomienda realizar cambios de posición cada 4 horas
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: lunes, 22 de julio de 2024 20:30:48 - EDAD: 40 años, 2 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 16:00 Hora de salida: 17:00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Extensores, Flexores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza masaje en miembros inferiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar cambios de poscion cada 4 horas
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F728-RETRASO MENTAL GRAVE: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: martes, 23 de julio de 2024 11:33:22 - EDAD: 40 años, 2 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 11:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores Codo: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Extensores, Flexores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza movilidad articular pasiva global en miembros superiores e inferiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar cambios de posición cada 4 horas
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F728-RETRASO MENTAL GRAVE: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: jueves, 25 de julio de 2024 11:35:17 - EDAD: 40 años, 2 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 11:00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 12-15 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza drenaje linfatico en miembros inferiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar cambios de posición cada 4 horas
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F728-RETRASO MENTAL GRAVE: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: martes, 30 de julio de 2024 11:37:25 - EDAD: 40 años, 2 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 11:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 12-15 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza masaje en miembros inferiores, movilidad articular pasiva en rodillas y cuello del pie
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar cambios de posición cada 4 horas
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F728-RETRASO MENTAL GRAVE: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: miércoles, 31 de julio de 2024 11:39:12 - EDAD: 40 años, 2 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 11:00 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 12-15 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza drenaje linfatico en miembros inferiores, movilidad articular pasiva global de superior a inferior
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente finaliza plan de tratamiento con evolución torpida, se recomienda continuar con terapias, realizar drenajes linfaticos en miembros inferiores para disminuir linfedema, realizar cambios de posición cada 4 horas
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F728-RETRASO MENTAL GRAVE: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290
