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

0000 210

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: María Emma Rosas Rosas

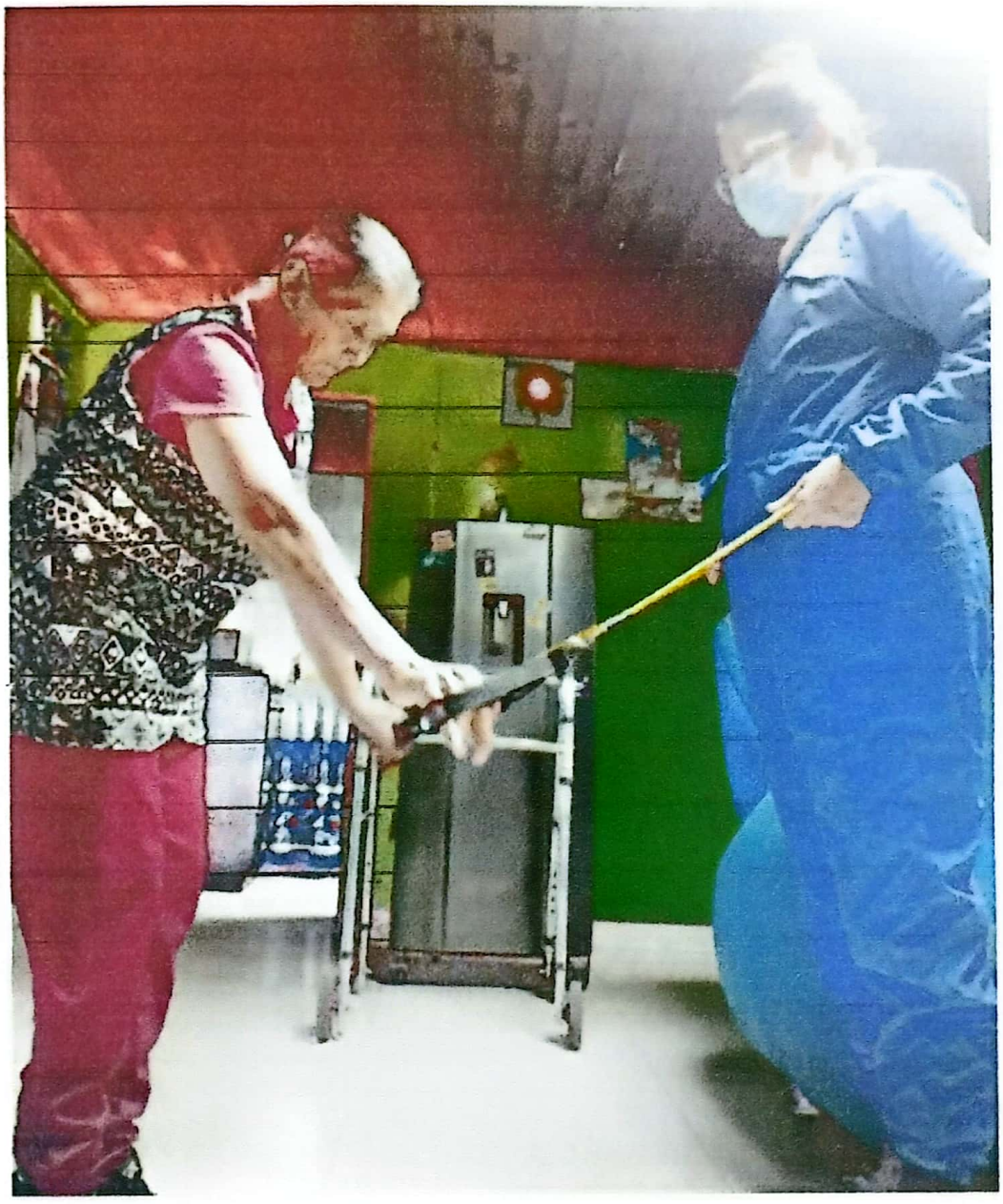
DIRECCIÓN: Vereda el codí- la esperanza **TELÉFONO:** 3214638840

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
15/07/24	2:00 pm	
16/07/24	2:00 pm	
17/07/24	2:00 pm	
18/07/24	2:00 pm	
19/07/24	2:00 pm	
22/07/24	2:00 pm	
23/07/24	2:00 pm	

Powered by CamScanner

0000 211

María Emma Rosas
cc: 35497310



Powered by CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 35497370 Fecha de ingreso: 15/07/24

Apellidos Rosas Rosas Nombres Maria Emma

Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 35497370 Fecha de nacimiento: Día: 2

Mes: 02 Año: 1955 Sexo: F X M ___ Estado civil: Casados Municipio:

Funza Barrio: vereda el cedro Dirección: La esperanza teléfono fijo:

— Móvil: 3076606785 Correo electrónico: —

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

Empresa: — Nºterapias 7 Diagnostico: Parkinson

Acompañante: Ivo Garcia Parentesco: Esposo Teléfono 3076606785

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: Desde el 2008

Clínica de atención primaria: Clinica del lago

Exámenes diagnósticos realizados: ecocardiograma, radiografia torax, tiroides

Atención de médicos especialistas: Internista - medicina general

Tratamientos realizados: —

Recomendaciones:

Resumen:

ANTECEDENTES:

Patológicos: Hipertensión, tiroides, hipercolesterolemia Traumáticos: caidas

Toxico - alérgicos: — Quirúrgicos: vesicula, hernia, mioma

Infecciosos: — Farmacológicos:

trazadona, atorvastatina, levotiroxina, losartan, Hidroclorotiazida, Bisacodilo

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:

codo izquierdo

Escala Análoga Verbal 7o/10

Powered by CamScanner

0000 213

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

Sensibilidad Superficial: Sin alteración

Sensibilidad profunda: Sin alteración

Espasmo: Cervical - lumbar Edema: no presenta Inflamación: no presenta

Retracciones Musculares: Cuadriceps, Isquiotibiales, gastrosoleos

Atrofias musculares: Generalizada

Tono: —

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

Aditamentos para la marcha: Caminador

Esferas mentales superiores: Conservadas

Nivel de conciencia: Conservada

Memoria: conservada

Lenguaje: conservada

PRAXIAS	
• Constructiva	—
• Marcha	alterada
• Vestirse	alterada
• Buco – linguo – facial	—
• Escritura	/

Movimientos involuntarios patológicos: temblor generalizado

GNOSIAS		
Simples	• Gustativas	/
	• Visuales	/
	• Olfativas	/
	• Auditivas	/
Complejas	• Visoespaciales	/
	• Esquema corporal	/

Movilidad articular: Conservada

Coordinación: alterada

Equilibrio: alterada

Postura o actitud postural: sedente, bípedo

Otros sistemas: —

Observaciones: / / / /

Diagnostico fisioterapéutico: Paciente con alteraciones en dominio osteomuscular en cadenas de desempeño muscular, postural, marcha que le limita a generar actividades de la vida diaria

Firma de la terapeuta: Sindy Fernández **Registro:** 029502

Powered by CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 15/07/2024 HORA: 2:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: María Emma Rosas Cédula: 35492370

DIAGNOSTICO: Parkinson

DIRECCIÓN: vereda el codí, la esperanza

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: Sindy Fernandez Cedula: 1073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Gustavo Rosas Cedula: 3892798

Parentesco del paciente: Esposo Firma: Gustavo Rosas

Powered by CamScanner

0000 215

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Maria Emma Rojas	N° DOCUMENTO	35497310
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	15/07/24

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	~~30~~
ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	~~0~~
	Sobre estimula u olvida sus limitaciones	15
PUNTUACION FINAL Y NIVEL DE RIESGO →		60

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 216

Humana Vital S.A.S	CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 15/07/24	CIUDAD: Finza

NOMBRE DEL PACIENTE: María Gloria Rosas Rosas **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 35497310 **CIE 10:** G20X **DIAGNOSTICO:** Parkinson

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:

Fortalecer diferentes estructuras que permitan aumentar la fuerza, el equilibrio de forma bipedal con el fin de prevenir caídas desde su propia altura.

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 # 1, enviado por el especialista en Fisioterapia (escribir la profesión) con la orden para realizar 7 terapias (escribir # de terapias), es:
Aumentar fuerza muscular en miembros superiores e inferiores
Disminuir dolor en miembro superior derecho
Mejor el equilibrio

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 15-07-24 y terminara el día 23-07-24 (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; laser

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

Otros

RIESGOS: Durante el tratamiento usted puede sentir malestar e incremento del dolor después del primer día de fisioterapia y con cada ejercicio nuevo usted puede presentar inflamación y dolor.

ALTERNATIVAS: Si usted no desea realizar la terapia siempre tiene la opción de consultar nuevamente a su doctor; para el manejo de dolor debe dirigirse a la clínica de dolor; para restaurar su movilidad funcional consultar una segunda opinión ya sea del ortopedista o del fisiatra.

Powered by CamScanner

0000 217

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 Julio Sarria en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 3023798 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.

Julio Sarria

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Sindy Fernández 1073516377

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 029562

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: 15/07/24

Firma: _____

Nombre: 3023798

Número de identificación: _____

Powered by CamScanner

0000 219

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

Fecha 25/09/24 hora 2:00pm N° de terapias 7

Nombre: Maria Emma Rosas Cedula: 35497370

- ✓ **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 Julio Sosa con N° de cedula 3023798

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.

Julio Sosa

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

AUTORIZACIÓN

0000 220

Yo _____ identificado con cc 3023798 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: Maria Emma Rosas **IDENTIFICACION** 35499320

FIRMA _____

FECHA: 15/07/24 **HORA:** 2:00 pm **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Powered by CamScanner

0000 031

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: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: María Garza Rosas ***IDENTIFICACION*** 35499310

FECHA: 25/07/24 ***HORA:*** 2:00pm ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, jueves, 25 de julio de 2024 21:08:12

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 35.497.310

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARIA EMMA ROSAS ROSAS	
Identificación	CC 35.497.310 Edad: 69 años, 5 meses y 23 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) miércoles, 02 de febrero de 1955	
Residencia	FUNZA Dirección: VRDA EL COCLI Teléfono: 3103018702	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	PEDRO GARCIA Parentesco: ESPOSO Teléfono: 3228414634	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS FAMISANAR LTDA CAFAM-COLSUBSIDIO Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil: CASADO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Sexo: MUJER

FECHA CONSULTA: lunes, 15 de julio de 2024 21:39:24 - EDAD: 69 años, 5 meses y 17 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: Colecistectomía
Cirugía de muñeca derecha
TRAUMATICOS: Caídas desde su propia altura
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Atorvastatina
Levotiroxina
Losartan
Hidroclorotiazida
Bisacodilo
PATOLOGICOS: Hipertensión
Túnel carpiano
Cardiomiopatía isquémica

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitido por alcaldía
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de Parkinson, con un tiempo de evolución de 16 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales en compañía de familiar y con ayuda externa de caminador para traslados y desplazamientos
ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: Articulación de cadera izquierda Intensidad: 10/10 según EVA Frecuencia: constante

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: CONSERVADA Tiempo: CONSERVADA Espacio: CONSERVADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideo motora: CONSERVADA Construccional: CONSERVADA Orolingofacial: CONSERVADA
Comunicación: ALTERADA Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
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: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: REGULAR Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
IZQUIERDO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)
Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE Sedente a cuadrúpedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Cuadrúpedo a rodillas: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Rodillas a bípedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA

ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: SI Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: NO Ayuda externa: SI Marcha: SI
COORDINACION: Fina (viso manual): REGULAR Gruesa (visopedica): MALA
EQUILIBRIO DINAMICO: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR
TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: 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: Paciente con diagnostico medico de Parkinson, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías de rangos de desempeño muscular marcha, locomoción y balance, equilibrio lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: G20X-ENFERMEDAD DE PARKINSON Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Aductores, Abductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Extensores, Flexores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Isometría, Reeducación de marcha, Higiene postural MANEJO DE: Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Valoración inicial y primera sesión
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: martes, 16 de julio de 2024 22:20:05 - EDAD: 69 años, 5 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas, cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones y con banda elástica cerrada color rojo para miembros inferiores para movimientos de abducción y aducción de cadera 10 repeticiones, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G20X-ENFERMEDAD DE PARKINSON Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: miércoles, 17 de julio de 2024 22:22:52 - EDAD: 69 años, 5 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa haciendo uso de cicloergómetro para miembros superiores e inferiores por 10 minutos, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10

repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones y con banda elástica cerrada color rojo para miembros inferiores para movimientos de abducción y aducción de cadera 10 repeticiones, se realizan estiramientos musculares haciendo uso de correa para isquiotibiales y gastro soleos de forma bilateral 5 repeticiones con isometría de 15 segundos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G20X-ENFERMEDAD DE PARKINSON Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: jueves, 18 de julio de 2024 22:24:55 - EDAD: 69 años, 5 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se inicia movilidad articular de forma activa- asistida para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas, cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color verde para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones y con banda elástica cerrada color rojo para miembros inferiores para movimientos de abducción y aducción de cadera 10 repeticiones, se realiza trabajo de equilibrio dinámico con apoyo bimodal con desplazamientos antero-posteriores y laterales por 20 repeticiones, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G20X-ENFERMEDAD DE PARKINSON Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: viernes, 19 de julio de 2024 22:28:55 - EDAD: 69 años, 5 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa haciendo uso de cicloergómetro para miembros superiores e inferiores por 10 minutos, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones y con banda elástica cerrada color rojo para miembros inferiores para movimientos de abducción y aducción de cadera 10 repeticiones, se realizan estiramientos musculares haciendo uso de correa para isquiotibiales y gastro soleos de forma bilateral 5 repeticiones con isometría de 15 segundos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G20X-ENFERMEDAD DE PARKINSON Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: lunes, 22 de julio de 2024 22:33:00 - EDAD: 69 años, 5 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se inicia movilidad articular de forma activa para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas, cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color verde para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones y con banda elástica cerrada color rojo para miembros inferiores para movimientos de abducción y aducción de cadera 10 repeticiones, se realiza trabajo pliométrico con desplazamientos antero-posteriores y laterales por 20 repeticiones, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G20X-ENFERMEDAD DE PARKINSON Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: martes, 23 de julio de 2024 22:35:02 - EDAD: 69 años, 5 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA

Hora de ingreso: 2 Hora de salida: 3 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas, cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones y con banda elástica cerrada color rojo para miembros inferiores para movimientos de abducción y aducción de cadera 10 repeticiones, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

- Paciente sin alteración en esferas mentales superiores
- Comunicación conservada, lenguaje alterado
- Rangos de movilidad conservados
- No se evidencian contracturas ni deformidades
- Se mantiene desempeño muscular de 2+/5 según escala de Daniels para miembros superiores e inferiores
- Se mantienen retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, cuádriceps y gastro soleos de forma bilateral
- No se evidencia edema ni inflamación
- continua alteración en equilibrio dinámico
- Mejoro propiocepción viso manual
- Paciente quien hace uso de caminador para traslados y desplazamientos

Se recomienda control con médico tratante y continuar con Fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G20X-ENFERMEDAD DE PARKINSON Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331
