CODD 154

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

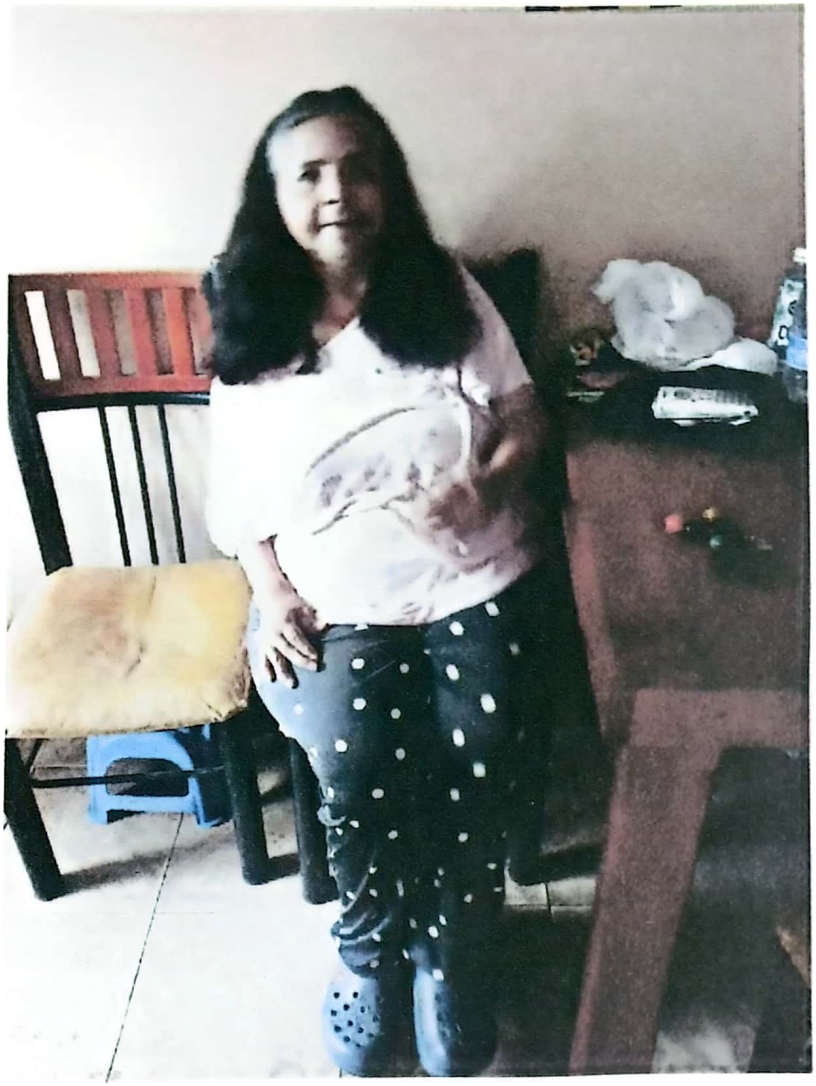
HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Martha yolanda lampreа

DIRECCIÓN: CALLE 8 # 10 B- 24 **TELÉFONO:** 3124824500

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
10- 07-24	12: 30 PM	Luz Marina lampreа Pedraza.
16- 07- 24	12: 00 PM	Luz Marina lampreа Pedraza
18- 07- 24	12: 00 PM	Luz Marina lampreа Pedraza
23- 07- 24	12: 30 PM	Luz Marina lampreа Pedraza.
25- 07- 24	11: 00 AM	Luz Marina lampreа Pedraza
30- 07- 24	12: 00 PM	Luz Marina lampreа Pedraza
31- 07- 24	4: 00 PM	Martha Lampreа

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 Julio 2024
Apellidos Tamerea Pedraza Nombres Martha Yolanda
Documento de identidad: Tipo: CC Numero : 52.661.858 Fecha de nacimiento: Día: 08
Mes: 04 Año: 68 Sexo: F X M ___ Estado civil: Soltera Municipio: Cundinamarca
Barrio San miguel Dirección: Calle 8 #10B-24 teléfono fijo: No tiene
Móvil: 3124824500 Correo electrónico: luzmarina0725@hotmail.com
Ocupación: HOGAR Entidad de salud: COMPENSAR
Vinculación: Beneficiaria
Empresa: ___ Nºterapias 7 Diagnostico: Artritis - Artrosis - Sordomudes
Acompañante: Luz Marina Parentesco: Hermana Teléfono 3124824500
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 de reconocimiento de enfermedad general: Hace 10 años
Clínica de atención primaria: Compensar
Exámenes diagnósticos realizados: no Presenta
Atención de médicos especialistas: Medicina General - Reumatologica - Fisiatria
Tratamientos realizados: Terapias - Medicamentos
Recomendaciones: Ninguna
Resumen: Paciente orientada en tiempo, espacio y Persona

ANTECEDENTES:

Patológicos: Artrosis - Artritis Traumáticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Niega Infecciosos: urinarias
Farmacológicos: No se toma el medicamento

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: manifiesta en zona inguinal en cualquier momento se Presenta - en zona lumbar Escala Análoga Verbal 5/10
Sensibilidad Superficial: Conservada Espasmo: no Presenta
Edema: Sin alteracion Inflamación: moderada en miembros inferiores
RetraccionesMusculares: Moderadas en Hemicuerpo derecho y leves en Hemicuerpo izquierdo
Longitud de miembros Inferiores Real y aparente: Sin alteracion
Marcha: Fase de apoyo; choque de talón NO Pie sobre el plano: SI Postura intermedia NO Impulso. Fase de balanceo; aceleración SI oscilación NO Desaceleración: NO.
Aditamentos para la marcha: Realiza Con Caminador
Propiocepcion: Alteracion moderada
Maniobras especiales: ___

Powered by CamScanner

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

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CADERA	
80÷	Flexión	80÷
	Extensión	
30÷	Abducción	30÷
	Aducción	
	Rotación interna	
	Rotación externa	
	RODILLA	
90÷	Flexión	90÷
	Extensión	
	PIE	
	Dorsiflexión	
	Plantiflexión	
	Invesión	
	Eversión	

Movilidad MSD: FLEXION HOMBRO 100÷
FLEXION CODO. 100÷
MSI: FLEXION HOMBRO 90÷

Fuerza Muscular miembros superio. 2+/5

No Hay cierre de mano

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	Músculos	Izquierdo
	CADERA	
2+	Psoas mayor	2+
2+	Iliaco	2+
2+	Sartorio	2+
2+	Glúteo mayor	2+
2+	Glúteo mediano	2+
2+	Glúteo menor	2+
2+	T.F.L	2+
2+	ADD	2+
2+	R.E.C	2+
2+	R.I.C	2+
	RODILLA	
2+	Cuádriceps	2+
2+	Isquiotibiales	2+
	TOBILLO	
2+	Gastrosoleos	2+
2+	Tibial Anterior	2+
2+	Tibial Posterior	2+
2+	Peroneros	2+
	PIE	
2+	Ext. Común de los dedos	2+
2+	Ext. Propio del hallux	2+
2+	Flexor común de los dedos	2+
2+	Lumbricales, flexor corto del hallux	2+

Pruebas complementarias:
Piel: Herida en Pierna izquierda- En curaciones
Faneras: no presenta
Trofismo muscular: Sin alteracion
OBSERVACIONES deformidades articulares en manos, Pies, Rodillas. Creptos a nivel articular, marcha Con arrastre de miembros inferiores con ADUCCION de miembros inferiores.
Diagnostico terapéutico: PACIENTE con diagnostico medico de M069 que Presenta disfuncion en el sistema osteomuscular secundario a artritis que la limita moderadamente para realizar sus actividades de movilidad, Fuerza y Marcha
FIRMA DE LA TERAPEUTA: [signature] Registro: 1030559931

Powered by CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 10 julio 2024 HORA: 12:30 PM

NOMBRE DEL PACIENTE: Martha Lamprea Cédula: 52 661 858

DIAGNOSTICO: Artritis Reumatoidea

DIRECCIÓN: Calle 8 # 10 B- 24

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 Forero Cedula: 1030554431

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Luz Marina Lamprea Bedoya Cedula: 52'660.012

Parentesco del paciente: HERMANA Firma: Luz Marina Lamprea P.

Powered by CamScanner

0000 159

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Martha Amprea	N° DOCUMENTO	52 661 858
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	10 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	→	65

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 180

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Martha yolanda lamprea **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 52 664 858 **CIE 10:** M069 **DIAGNOSTICO:** Artritis

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 osteoarticinematicas de miembros superiores e inferiores con el fin de mantener condiciones fisicas de la paciente y evitar mayor 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: mantener movilidad articular en miembros superiores e inferiores mantener o mejorar fuerza de miembros superiores e inferiores mantener patron de marcha

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)

✓ 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
Ninguna

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 101

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 Joy Yolaima Lampre Pedraza en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de Identidad # 52'661.858 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.

Joy Yolaima Lampre Pedraza

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: 10-07-2024

Firma: Loz Yadira Lampea Pedraza

Nombre: Loz Yadira Lampea Pedraza

Número de identificación: 52 660.012. Funza

Powered by CamScanner

0009 163

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

Fecha 10- 07 - 2024 hora 12: 30 N° de terapias 7

Nombre: Martha lamprea Cedula: 52. 661. 858

✓ **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 Luz Marina lamprea Pedraza con N° de cedula 52'660.012 fm 26

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.

Luz Marina lamprea Pedraza

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0000 184

AUTORIZACIÓN

Yo Martha Lampea Pedraza identificado con cc 52'660.012 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: Martha Lampea P ***IDENTIFICACION*** 52'661.858

FIRMA _____

FECHA: 10-07-21 ***HORA:*** 12:30 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: HV S 031	ELABORADO REVISADO Y APROBADO: 2023

FOLIO 185

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Monica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Martha Lampred ***IDENTIFICACION*** 52.661 858

FECHA: 10-07-24 ***HORA:*** 12:30 PM ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	- Luz Marina Lampred Pedraza
CONSENTIMIENTO INFORMADO	- Luz Marina Lampred Pedraza
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	- Luz Marina Lampred Pedraza
PLAN CASERO	
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	- Luz Marina Lampred Pedraza

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, jueves, 01 de agosto de 2024 20:27:20

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 52.661.858

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARTHA YOLANDA LAMPREA PEDRAZA	
Identificación	CC 52.661.858 Edad: 60 años, 11 meses y 9 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) viernes, 23 de agosto de 1963	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE # 10B - 24 MANZC CASA14 Teléfono: 3123897115/3124824500	
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: MUJER

FECHA CONSULTA: miércoles, 10 de julio de 2024 12:30:33 - EDAD: 60 años, 11 meses y 5 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: No refiere
PATOLOGICOS: Artritis Reumatoidea, sordomuda.

EPIDEMIOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Hermana de la paciente comenta que la señora Martha desde hace unos años se le ha dificultado más la movilidad de sus piernas y brazos.
DIAGNOSTICO MEDICO: Artritis Reumatoidea de 10 años de evolución.
OBSERVACION GENERAL: Paciente que se encuentra estable, en compañía de hermana la señora Luz.
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: Manifiesta dolor en zona inguinal y lumbar. Intensidad: 5 Frecuencia: se presenta al caminar.

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
HOMBRO -> FLEXION: derecho: 100 FLEXION: izquierdo: 90
CODO -> FLEXION: derecho: 100
ANTEBRAZO -> PRONACION: derecho: 40 PRONACION: izquierdo: 40 SUPINACION: derecho: 30 SUPINACION: izquierdo: 30
CADERA -> FLEXION: derecho: 80 FLEXION: izquierdo: 80 Abd: derecho: 30 Abd: izquierdo: 30
RODILLA -> FLEXION: derecho: 90 FLEXION: izquierdo: 90
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Columna cervical Movimiento: Flexor de cabeza Musculo: Recto anterior de la cabeza Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Hombro Movimiento: Flexión Musculo: Deltoides anterior Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Hombro Movimiento: Extensión Musculo: Dorsal ancho Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Codo Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps braquial, Braquial anterior, Supinador largo Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Codo Movimiento: Extensión Musculo: Tríceps braquial Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Mano Movimiento: Flexion de las articulaciones metacarpofalangicas con extensión de las interfalangicas de los cuatro dedos Musculo: Lumbricales Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
Articulación: Mano Movimiento: Extensión de las articulaciones metacarpofalangicas de los cuatro últimos dedos Musculo: Extensor común de los dedos, Extensor propio del dedo, Extensor propio del dedo índice y meñique Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Cadera Movimiento: Extensión Musculo: Glúteo mayor Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Biceps crural, Semitendinoso, Seminmenbranoso Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Dorsiflexión Musculo: Tibial anterior, Tibial posterior Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Plantiflexión Musculo: Gemelos, Soleo Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
RETRACCIONES
Hombro: DELTOIDES ANTERIOR:M, DELTOIDES MEDIO:M, DELTOIDES POSTERIOR: M
Codo: BICEPS BRAQUIAL:M, TRICEPS BRAQUIAL:M

Antebrazo: SUPINADOR CORTO:M, PRONADOR REDONDO:M
Muñeca: PALMAR MAYOR: S, CUBITAL ANTERIOR: S
Cadera: PSOAS ILIACO:M, GLÚTEO MAYOR:M
Rodilla: BICEPS CRURAL:M, SEMINMENBRANOSO:M
Cuello de pie: GEMELOS: S, PERONEO LATERAL LARGO: S
CONTRACTURAS: en manos, codos, manos, rodillas y pies. DEFORMIDADES: en manos y pies

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: CAÍDO Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: GENUM VARUM Pie: TORSIÓN TIBIAL INTERNA, HALLUX VALGUS, DEDOS EN GARRA
VISTA LATERAL: Actitud corporal: NORMAL Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Columna Vertebral: NORMAL Abdomen: PROTRUIDO Pelvis: RETOVERSIÓN Rodillas: GENUM FLEXUM Pie: CAVO
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: CAÍDO Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Cadera: NORMAL Rodillas: FLEXIONADAS Pie: CAVO

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas
COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: BUENO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: REGULAR
TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: arrastre de miembros inferiores Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: alterada por limitación de ancho de pazo y zancada Discriminación de cinturas: No Realiza Balanceo de brazos: Realiza Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnóstico médico de M069 que presenta disfunción en el sistema osteomuscular secundario a artritis reumatoidea que la limita moderadamente para realizar sus actividades de movilidad, fuerza y marcha.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado.
ESCALAS DE DISCAPACIDAD
BARTHEL: 60 INCAPACIDAD FUNCIONAL DEPENDIENTE LEVE
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:30 Hora de salida: 13:10 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realiza Valoración.
TRABAJO REALIZADO: Se realiza valoración, se firma y se explica consentimiento informado, uso de datos personales, derechos y deberes, registro fotográfico.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Cambios constantes de posición.
Uso de calor en zona de dolor.
Hidratación de la piel.
Realizar movilizaciones articulares.
Marcha a tolerancia.

Realizar plan casero todos los días según indicaciones dadas durante la terapia.
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 12:00:02 - EDAD: 60 años, 11 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 12:40 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Paciente refiere tener dolor en su espalda.

Paciente que se encuentra en posición sedente, se encuentra estable en compañía de hermana la señora Luz.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #2

Se realiza terapia con masaje sedativo en zona lumbar durante 15 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros superiores e inferiores en posición sedente con 2 series cada una de 20 segundos, ejercicios activos libres de miembros superiores e inferiores en posición sedente con 2 series cada una de 10 repeticiones, marcha asistida por terapeuta fuera de casa durante 5 minutos. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de hermana la señora Luz.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar estiramientos según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI

DIAGNÓSTICOS
Principal: M068-OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS ESPECIFICADAS 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 12:00:51 - EDAD: 60 años, 11 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 12:40 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Paciente manifiesta que a tenido dolor en su hombro derecho.

Paciente que se encuentra estable, caminando con ayuda de caminador, se encuentra en compañía de hermana la señora Luz.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #3

Se realiza sesión con Vibromasaje en miembros inferiores durante 15 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de MMSS y MMII en posición sedente con 2 series cada una de 20 segundos, ejercicios activos asistidos por medio de bastón terapéutico para miembros superiores en sedente con 2 series cada una de 10 repeticiones y ejercicios activos libres de miembros inferiores en posición sedente con 2 series cada una de 10 repeticiones, se realiza marcha fuera de casa por 5 minutos con ayuda de terapeuta. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de hermana la señora Luz.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar ejercicios con bastón terapéutico según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA 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 12:30:53 - EDAD: 60 años, 11 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 12:40 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Paciente manifiesta estar bien.

Paciente que se encuentra en posición sedente, orientada en persona, tiempo y espacio en compañía de hermana la señora Luz.
TRABAJO REALIZADO: Sesión # 4

Se realiza terapia con calor local y corriente tipo tens a 90 hz en zona lumbar por 10 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros inferiores y superiores con 2 series cada una de 20 segundos en sedente, ejercicios en cicloergometro para miembros superiores durante 10 minutos, ejercicios activos libres de miembros inferiores en sedente con 2 series cada una de 10 repeticiones, marcha asistida por terapeuta durante 5 minutos. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de Hermana.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Cambios constantes de posición.
Uso de calor en zona de dolor.
Hidratación de la piel.
Realizar movilizaciones articulares.
Marcha a tolerancia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: jueves, 25 de julio de 2024 11:00:05 - EDAD: 60 años, 11 meses y 5 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 11:40 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Paciente comenta que se ha sentido bien, pero a veces con dolor en sus piernas.

Paciente que se encuentra caminando con ayuda de bastón, se encuentra hemodinamicamente estable en compañía de hermana la señora Luz.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #5

Se realiza terapia con vibromasaje en miembros inferiores por 10 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros inferiores y superiores con 2 series cada una de 20 segundos en sedente, ejercicios activos asistidos por medio de pelota terapéutica en sedente para fortalecimiento de miembros inferiores y superiores con 2 series cada una de 10 repeticiones, marcha asistida por terapeuta durante 5 minutos. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de hermana la señora Luz.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar ejercicios con pelota terapéutica según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: martes, 30 de julio de 2024 12:00:32 - EDAD: 60 años, 11 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 Hora de salida: 12:40 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Paciente refiere tener dolor en sus rodillas.

Paciente que se encuentra caminando con ayuda de bastón, se encuentra hemodinamicamente estable. alerta a lo que se le solicita. En compañía de hermana la señora Luz.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #6
Se realiza sesión con calor local y corriente tipo tens a 90 hz en rodillas durante 15 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de MMSS y MMII en posición sedente con 2 series cada una de 20 segundos, ejercicios activos asistidos por medio de bastón terapéutico para miembros superiores en sedente con 2 series cada una de 10 repeticiones y ejercicios activos libres de miembros inferiores en posición sedente con 2 series cada una de 10 repeticiones, se realiza marcha fuera de casa por 5 minutos con ayuda de terapeuta. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de hermana la señora Luz.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar ejercicios con bastón según indicaciones dadas durante la terapia.
Caminar con bastón a tolerancia de la paciente.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA 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 16:00:05 - EDAD: 60 años, 11 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 4:00 Hora de salida: 4:40 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Paciente refiere tener dolor en sus rodillas y en su hombro derecho.

Paciente que se encuentra caminando con ayuda de bastón, se encuentra estable, alerta a estímulos en compañía de papá.
TRABAJO REALIZADO: Sesión # 7

Se realiza masaje sedativo a nivel de miembros superiores durante 15 minutos y a nivel de miembros inferiores durante 15 minutos, se realizan estiramientos pasivos para musculatura en general de 4 extremidades en posición sedente con 2 series cada una de 20 segundos, se realizan ejercicios activos libres para hombros, codos y manos con tres series cada una de 10 repeticiones y ejercicios activos libres para caderas, rodillas y pies con tres series cada una de 10 repeticiones en posición sedente. Se culmina terapia sin complicaciones, se deja estable a la paciente en posición sedente en silla de comedor en compañía de papá. El día de hoy se finaliza tratamiento con 7 sesiones realizadas sin cambios significativos por patología de base de la paciente, pero se ayuda a mantener movilidad y fuerza. Se relaja parte muscular y disminución del dolor.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar masaje en brazos y piernas de distal a proximal para mejorar inflamación y dolor en estos segmentos corporales, según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431
