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: Yordi Jasmin Sua

DIRECCIÓN: cra 6A # 21A-11 **TELÉFONO:** 3168212769

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
09-07-2024	09-07-2024	Jasmin Sua
-10-07-2024	14+00	Jasmin Sua
12-07-2024	14+00	Jasmin Sua
16 07-2024	14+00	Jasmin Sua
23-07-2024	14+00	Jasmin Sua
24-07-2024	14+00	Jasmin Sua
25-07-2024	14+00	Jasmin Sua
26-07-2024	14+06	Jasmin Sua
27-07-2024	14+00	Jasmin Sua

Powered by CamScanner

0000 167

Yordi Yasmin Sua



Powered by CamScanner

0009 168

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Yordi Yasmin Sua **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1246798129 **CIE 10:** M069 **DIAGNOSTICO:** Artritis R.

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:

Disminuir Dolor

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 # 9, enviado por el especialista en ✓ (escribir la profesión) con la orden para realizar 2 terapias (escribir # de terapias), es:

Prevenir Retracciones musculares

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.) Diario. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 07-2024 y terminara el día 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; ✓

✓ 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 169

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 Jasmin Suq en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de Identidad # 1246798129 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.

Jasmin Suq S

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Monica J Fajardo

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 0477 J

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

0000 170

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Yordi Yasmin Sua	**N° DOCUMENTO**	1246798129
ENTIDAD	Alcaldia	**FECHA**	8-07-2024

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 →		40

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 171

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 07-2024 HORA: 15h00

NOMBRE DEL PACIENTE: Yordi Yasmin Sua Cédula: 80638168

DIAGNOSTICO: Artritis Reumatoide

DIRECCIÓN: Cra 6A # 21A-11

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	x	
9. Cama en buen estado	x	
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)	x	

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: 1.61.176.041

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Jasmin Sua Cedula: 1246798129

Parentesco del paciente: / Firma: Jasmin Sua

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: 8-07-2024

Firma: Yasmin Sua

Nombre: Yordi Yasmin Sua

Número de identificación: 1246798129

Powered by CamScanner

0000 173

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

Fecha 07-2024 hora 15:00 N° de terapias 9

Nombre: Yasmin Sua Cedula: 1246798129

✓ **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 Yordi Yasmin Sua con N° de cedula 1246798129

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.

Yasmin Sua

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0000 174

Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS		
	VERSION: 01	CODIGO: HV S 031	ELABORADO: COORDINACION: MAYO 2024 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2024

AUTORIZACIÓN

Yo Yordi Yasmin Sua identificado con cc 1246798129 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: Yasmin Sua **IDENTIFICACION** 1246798129

FIRMA Yasmin Sua

FECHA: 07-2024 **HORA:** 15:00 **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

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Monica J Fajardo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Yasmin Sua ***IDENTIFICACION*** 1246798129

FECHA: 07-2024 ***HORA:*** 1540 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Yasmin Suyov
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Yasmin Suyov
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Yasmin Súa
PLAN CASERO	Yasmin Suyov
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Yasmin Suyov

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.246.798.129**
FUNZA, sábado, 27 de julio de 2024 11:11:17

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	YORDI JASMIN SUA	
Identificación	CC 1.246.798.129 Edad: 43 años, 10 meses y 22 días	
Nacimiento	BOGOTA (CUNDINAMARCA) viernes, 05 de septiembre de 1980	
Residencia	FUNZA Dirección: CR 6 N 21-39 Teléfono: 3168212769	
Ocupación	VENDEDORA DE TINTO Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	KRESELISS MARTINEZ Parentesco: HIJA Teléfono: 322947242	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS 005 - EPS SANITAS S.A Tipo usuario: 05 NO AFILIADO	
Estado civil: SOLTERO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Sexo: MUJER

FECHA CONSULTA: jueves, 11 de julio de 2024 9:29:50 - EDAD: 43 años, 10 meses y 19 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se trabaja ejercicios de estabilidad en bípedo a tolerancia
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que ingresa por continuidad a terapia física domiciliaria a la valoración se encontró:
Espasmos musculares en región cervical MODERADOS
Arcos de movilidad para:
TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
CADERA -> FLEXIÓN: derecho: 120 FLEXION: izquierdo: 110 EXTENSION: derecho: 25 EXTENSION: izquierdo: 20 Abd: derecho: 40 Abd: izquierdo: 35 Add: derecho: 20 Add: izquierdo: 20
Fuerza para:
EXAMEN MUSCULAR
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: Cadera Movimiento: Rotación interna Musculo: Tensor de la fascia lata, Obturador interno, Glúteo menor Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación externa Musculo: Obturador externo, Cuadrado crural Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Abducción Musculo: Sartorio, Glúteo medio Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Aducción Musculo: Aductores Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Retracciones en
Cadera: GLÚTEO MAYOR leve
Rodilla: CUÁDRICEPS CRURAL MODERADO
Marcha asistida por bastón
Equilibrio y coordinación 30%
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: viernes, 12 de julio de 2024 9:38:49 - EDAD: 43 años, 10 meses y 19 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: encuentro paciente en cama manifiesta dolor moderado y limitación para movilizar la cabeza se inicia sesión con:
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza masaje sedativo en región cervical con paquete colocación de paquete caliente por 15 minutos, se continua con colocación de corriente tens por 15 minutos, finaliza con estiramientos mantenidos en cabeza y cuello

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Realizar estiramientos mantenidos
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: sábado, 13 de julio de 2024 9:42:27 - EDAD: 43 años, 10 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores Muñeca: Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de resistencia con banda elástica para miembros inferiores en sedente se trabaja 2 series 10 repeticiones, se continua con ejercicios de estabilidad en bípedo
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar ejercicios activos ya explicados
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 16 de julio de 2024 9:47:52 - EDAD: 43 años, 10 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se trabaja ejercicios isométricos con pelota para miembros inferiores en sedente se mantiene por 10 segundos y se repite 10 veces, se continua con ejercicios de coordinación en bípedo, se continua con tomas de peso unipodal paciente tolera actividad
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Ejercicios isométricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar manejo sedativo con paquete caliente
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 23 de julio de 2024 9:51:25 - EDAD: 43 años, 10 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Se realiza manejo sedativo con colocación de Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN Masaje: 7 MIN en miembros inferiores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Ejercicios isométricos, Reeducación de marcha, Higiene postural
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: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA 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 10:57:40 - EDAD: 43 años, 10 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN Masaje: 5 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: se trabaja estiramientos mantenidos en cabeza y cuello, se realiza ejercicios de resistencia a tolerancia con banda elástica amarilla para miembros superiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Ejercicios isométricos, Reeducación de marcha
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar caminatas por trayecto plano
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA 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 10:59:03 - EDAD: 43 años, 10 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 7
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza en bípedo tomas de peso unipodal, se continua con ejercicios de coordinación en línea recta paciente tolera actividad finaliza con caminata por trayecto corto
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Ejercicios de propiocepción
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar manejo sedativo en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA 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 11:02:23 - EDAD: 43 años, 10 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 8
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN Masaje: 7 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: se trabaja ejercicios de resistencia para dedos de la mano con digiflex se realiza 2 series 10 repeticiones, se continúa con ejercicios de fuerza con pesa se 1 libras a tolerancia se trabaja 2 series 10 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar estiramientos mantenidos céfalo caudal
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: sábado, 27 de julio de 2024 11:05:07 - EDAD: 43 años, 10 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 9
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se trabaja ejercicios de resistencia para miembros inferiores con banda elástica amarilla se realiza 2 series 10 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Reeducación de marcha
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que finaliza ciclo de terapia domiciliaria a la valoración final se encontró:
Disminución de espasmos musculares en región cervical a leves
Arcos de movilidad se mantienen para:
TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
CADERA -> FLEXION: derecho: 120 FLEXION: izquierdo: 110 EXTENSION: derecho: 25 EXTENSION: izquierdo: 20 Abd: derecho: 40 Abd: izquierdo: 35 Add: derecho: 20 Add: izquierdo: 20
Se mantiene fuerza para:
EXAMEN MUSCULAR
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: Cadera Movimiento: Rotación interna Musculo: Tensor de la fascia lata, Obturador interno, Glúteo menor Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación externa Musculo: Obturador externo, Cuadrado crural Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Abducción Musculo: Sartorio, Glúteo medio Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Aducción Musculo: Aductores Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Retracciones en
Cadera: GLÚTEO MAYOR leve
Disminución de retracciones en:
Rodilla: CUÁDRICEPS CRURAL leve
Marcha asistida por bastón
Mejora equilibrio y coordinación 35%
Paciente pendiente a cirugía de rodilla
Se recomienda continuar con tratamiento por terapia física
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775
