Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		0000 222
	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: Yuli Natalia Rojas Lopez

DIRECCIÓN: Finca Santa rosa, lote 1 vereda el cedri **TELÉFONO:** 3206050597

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
15/07/24	3:00 pm	Flor Lopez
16/07/24	3:00 pm	Flor Lopez
17/07/24	3:00 pm	Flor López
18/07/24	3:00 pm	Flor Lopez
19/07/24	3:00 pm	Flor Lopez
22/07/24	3:00 pm	Flor Lopez
23/07/24	3:00 pm	Flor Lopez

Powered by CamScanner

0000 223

YULI NATALIA ROJAS
CC: 1012323931



Powered by CamScanner

0000 234

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1072323937 Fecha de ingreso: 15/07/24

Apellidos Rojas López Nombres Yuli Natalia

Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 1072323937 Fecha de nacimiento: Día: 10

Mes: mayo Año: 2004 Sexo: F X M Estado civil: Soltera Municipio:

Funza Barrio: Volaki Codr Dirección: Funza Santa Rosa lote 7 teléfono fijo:

— Móvil: 3206050597 Correo electrónico: —

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

Empresa: — Nºterapias 7 Diagnostico: Leucodistrofia /Lactismo

Acompañante: Flor emilce López Parentesco: Mamá Teléfono 3206050597

Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldía

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: —

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: —

Fecha y hora de la enfermedad general: 3 años

Clínica de atención primaria: N clinica el lago

Exámenes diagnósticos realizados: laboratorios

Atención de médicos especialistas: Neurología, medicina General

Tratamientos realizados: —

Recomendaciones: —

Resumen:

ANTECEDENTES:

Patológicos: epilepsia. trastorno del sueño convulsiones Traumáticos: —

Toxico - alérgicos: — Quirúrgicos: maxilofacial

Infecciosos: — Farmacológicos:

escitalopram, Vitamina D, quetiapina

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor:

NO refiere Escala Análoga Verbal —

Powered by CamScanner

0000 205

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

Sensibilidad Superficial: alterada

Sensibilidad profunda: alterada

Espasmo: cervical Edema: no presenta Inflamación: no presenta

Retracciones Musculares: isquiotibiales, cuadriceps

Atrofias musculares: amiotrofia de muñeca y mano

Tono: alterado

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

Aditamentos para la marcha: No requiere

Esferas mentales superiores: alterada

Nivel de conciencia: alterado

Memoria: alterada

Lenguaje: alterada

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

Movimientos involuntarios patológicos:

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

movimientos involuntarios en manos de forma bilateral

Movilidad articular:

sin alteración

Coordinación: alterado

Equilibrio: alterado

Postura o actitud postural: bípedo

Otros sistemas: —

Observaciones:

/ / / /

Diagnostico fisioterapéutico: Paciente con alteraciones en dominio neuromuscular en categorías de alerta, atención y cognición que le impiden a ejecutar actividades de la vida diaria.

Firma de la terapeuta: Sindy Fernández **Registro:** 072562

Powered by CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 25/07/24 HORA: 3:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Yuli Natalia Rojas López Cédula: 1073223937

DIAGNOSTICO: leucodistrofia / Autismo en la niñez

DIRECCIÓN: vereda el codí

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 Fernández Cedula: 1073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Flor Emilee lopez Cedula: 46679113

Parentesco del paciente: Madre Firma: Flor lopez

Powered by CamScanner

0000 227

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Yuli Natalia Pozas López	**N° DOCUMENTO**	1072323937
ENTIDAD	Alcaldía	**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	20
ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	0
	Sobre estimula u olvida sus limitaciones	15
PUNTUACION FINAL Y NIVEL DE RIESGO →		0

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: 15/07/24	CIUDAD: Fima

NOMBRE DEL PACIENTE: Yuli Natalia Rojas López **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1072323931 **CIE 10:** _____ **DIAGNOSTICO:** Leucodistrofia

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:

Reservar la movilidad articular de miembros superiores e inferiores y fuerza necesaria para desempeñar tareas simples.

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 Fisioterapia (escribir la profesión) con la orden para realizar 7 terapias (escribir # de terapias), es:

Aumento rangos de movilidad articular
Aumenta fuerza muscular en miembros superiores e inferiores
mejorar 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; _____

✓ 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 229

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 Flor Emilee lopez en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 46679113 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.

Flor lopez

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Sindy serna 1073516331

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 029502

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 230

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: 15/03/24

Firma: Flor Lopez

Nombre: Flor Emilee Lopez

Número de identificación: 46679113

Powered by CamScanner

0000 231

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

Fecha 25/09/24 hora 3:00pm N° de terapias 7

Nombre: Yuli Natalia Rojas López Cedula: 1072323937

✓ **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 Flor Emilce lopez con N° de cedula 46679113

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.

Flor lopez

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0000 222

AUTORIZACIÓN

Yo Flor Emilee lopez identificado con cc 1.067.911.113 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: Yuli Natalia Pogus **IDENTIFICACION** 1072329937

FIRMA Flor Lopez

FECHA: 25/09/24 **HORA:** 3:00pm **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR**_____ **ARL**_____

Powered by CamScanner

0000 233

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: Yuli Natalia Rojas ***IDENTIFICACION*** 1072323937

FECHA: 15/02/24 ***HORA:*** 3:00pm ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, jueves, 25 de julio de 2024 21:05:34

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.012.323.931

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	YULI NATALIA ROJAS	
Identificación	CC 1.012.323.931 Edad: 20 años, 2 meses y 15 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) lunes, 10 de mayo de 2004	
Residencia	FUNZA Dirección: FINCA SANTA ROSA LOTE I VEREDA EL COCLI Teléfono: 3206050591	
Ocupación	9998 - NO APLICA Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	FLOR LOPEZ Parentesco: MAMÀ Teléfono: 3206050591	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil: SOLTERO (G.S. y RH:) Religión: (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)		Sexo: MUJER

FECHA CONSULTA: lunes, 15 de julio de 2024 22:44:45 - EDAD: 20 años, 2 meses y 9 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: Maxilofacial
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Escarbacepina
Vitamina D
Quetiapina
PATOLOGICOS: Epilepsia
Trastorno del sueño

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitido por alcaldía
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de autismo, con un tiempo de evolución de 20 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales en compañía de cuidadora
ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: ALTERADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: ALTERADA Auditiva: ALTERADA Gustativa: ALTERADA Olfativa: ALTERADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideo motora: CONSERVADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: ALTERADA
Comunicación: ALTERADA Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: ALTERADA Dolor: ALTERADA Temperatura: ALTERADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: ALTERADA Propiocepción: ALTERADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: CONSERVADA Esterognosia: CONSERVADA Topognosia: ALTERADA Grafestesia: ALTERADA Discriminación 2 puntos: ALTERADA
SISTEMA MOTOR
Tono: No presenta variación Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL: No realizada
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS 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: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: NO Ayuda externa: NO Marcha: SI
COORDINACION: Fina (viso manual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR
TROFISMO: No evaluado
MARCHA

Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: Realiza Balanceo de brazos: Realiza
SISTEMAS COMPLEMENTARIOS: PIEL
PROPIEDADES TROFICAS
Coloración: CONSERVADA Sudoración: 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 autismo, presenta alteración en los dominios neuromuscular en la categoría de alerta, atención y cognición y en dominio osteomuscular en las categorías desempeño muscular marcha, locomoción y balance, postura lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 3 Hora de salida: 4 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos 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 22:52:46 - EDAD: 20 años, 2 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 3 Hora de salida: 4 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza 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 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: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ 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 22:53:16 - EDAD: 20 años, 2 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 3 Hora de salida: 4 No. de sesión: 3
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 higiene postural, se realiza trabajo de 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: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ 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 22:55:13 - EDAD: 20 años, 2 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 3 Hora de salida: 4 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa- asistida 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: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ 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 22:57:24 - EDAD: 20 años, 2 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 3 Hora de salida: 4 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza 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 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: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ 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 22:58:53 - EDAD: 20 años, 2 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 3 Hora de salida: 4 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa-asistida 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 realizan diagonales de FNP para miembros superiores haciendo uso de banda elástica color amarillo por 8 repeticiones de forma bilateral, se realiza trabajo sensitivo con la técnica de Rodo para regiones de codo, muñeca y mano de forma bilateral por 5 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: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ 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 22:59:18 - EDAD: 20 años, 2 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 3 Hora de salida: 4 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza 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 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 terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente con alteración en esferas mentales superiores
- Alteración en la comunicación
- Rangos de movilidad conservados para las 4 extremidades
- Desempeño muscular de 2/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores e inferiores
- Mejoro propiocepción viso manual
- Realiza patrón de marcha sin ayudas externas
- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración

Se recomienda control con médico tratante, continuar realizando los ejercicios en casa y continuar con Fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331
