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: Ana Lucia Pulido ovalle

DIRECCIÓN: cr 12 204-17 TN 70 **TELÉFONO:** _____

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
28/08/2024	1:00	Farina Urbano
29/08/2024	1:00	Farina Urbano
30/08/2024	1:00	[illegible]
31/08/2024	1:00	[illegible]
2/08/2024	1:00	Farina Urbano

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 41332173 Fecha de ingreso: 28/08/2024
Apellidos: pulido ovalle Nombres: Ana Lucia
Documento de identidad: Tipo: cc Número: 41332173
Fecha de nacimiento: Día: 18 Mes: 04 Año: 1942 sexo:F: x M: ____ Estado civil: viuda Municipio: funza Barrio: la Aurora funza
Dirección: cr 12 20A - 17 Teléfono fijo: -- Móvil: 3204532281
Correo electrónico: cnatho31618@gmail.com ocupacion: ____
Entidad de salud: famisanar Vinculación: Beneficiaria Empresa: ____
N° de terapias: 5 Diagnostico: Artrosis - Artritis
Acompañante: Martha urbano Parentesco: hija Teléfono: 3204532281

Cronología de la enfermedad:
Fecha y hora del accidente de trabajo: ____
fecha de reconocimiento de la enfermedad laboral: ____
fecha del reconocimiento de la enfermedad general: ____
fecha y hora del accidente de transito: ____
clínica de atención primaria: colsubsidio funza
Exámenes diagnósticos realizados: ____
atención de médicos especialistas: Medico general
tratamientos realizados: terapeutico farmacologico
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias: ____

Antecedentes:
Patologicos: hipertension. Traumaticos: cx Mano x caida esquince.
Toxico-alergicos: procodma Quirúrgicos: cx cadera remplazo total rodilla umbilical
Infecciosos: ____ Farmacologios: losartan verapamilo omeprazol levotiroxina, furosemida.

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

F= Funcional SF=Semifuncional NF=No Funcional NA=No aplica

Actividades de la Vida Diaria BÁSICAS	Descripción
Cuidado Personal	independencia en actividades de vestido apoyo para apuntado de brasier independencia en baño alimentación
Movilidad funcional	traslados en casa con uso de baston recorridos largos con silla de ruedas.

Powered by CamScanner

Locomoción	desface en patron motor grueso para estabilidad en patron de marcha
INSTRUMENTALES	
Comunicación **Comprensión** **Rutina de medicamentos** **Manejo del dinero** **Manejo del transporte** **Manejo del hogar**	apoyo en actividades de manejo del hogas.
TRABAJO	

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL

Componente sensoriomotor	Funcional	semifuncional	disfuncional	No aplica	Observaciones
Integración sensorial					
Conciencia sensoria					
*Tactil		X			
*Auditiva	X				
*Visual		X			
*Olfativo	X				
*vestibular					
*Cognitivo	X				
*Procesamiento sensorial					
		X			
Destrezas perceptuales					
*Esterognosia		X			
*Respuesta al dolor					
*Kinestesia		X			
*oclusión visual	X				
*Figura-fondo	X				
*Relaciones espaciales	X				
*Esquema Corporal					
	X				
Neuromuscular					
*Reflejo					

Powered by CamScanner

*Arco de movimiento			X		
*Tono muscular			X		
*fuerza			X		
*Resistencia			X		
*Control postural			X		
*Integridad de tejidos blandos					
Motor					
*Tolerancia a la actividad		X			
*coordinación motora gruesa		X			
*Coordinación motora fina		X			
*cruzar línea media		X			
*Lateralidad		X			
*integración bilateral					
*Control oral motor	X				
Integración cognitiva y componentes cognitivos	**Funcional**	**semifuncional**	**disfuncional**	**No aplica**	**Observaciones**
Nivel de alertas a estímulos	X				
Orientación	X				
Reconocimiento	X				
Tiempo de atención	X				
Memoria	X				
Secuenciación	X				
Categorización	X				
Formación de conceptos	X				
Operaciones intelectuales en el espacio	X				

DESTREZAS PSICOSOCIALES Y COMPONENTES PSICOLÓGICOS

Psicológicos	**Funcional**	**semifuncional**	**disfuncional**	**No aplica**	**Observaciones**
*Roles		X			
*Valores		X			
*Intereses		X			
*Iniciación de la actividad		X			
*Terminación de la actividad		X			
*Concepto de si mismo		X			

Powered by CamScanner

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

Sociales					
*Conducta social	x				
*Conversación	x				
*expresión	x				
Manejo de si mismo					
*destreza para manejar y resolver las dificultades		x			
*Manejo del tiempo		x			
*Autocontrol		x			
		x			

Concepto ocupacional: usuaria con restriccion para desempeño actividades instrumentales deficit musculo esqueletico

Historia ocupacional: _____

Nombre del terapeuta: Jenny Silva Suarez

Firma: _____

N° de registro 52664540

Powered by CamScanner

0000 119

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Lucia Pulido Avalle **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** ___
NUMERO DE IDENTIFICACION: 41332773 **CIE 10:** _____ **DIAGNOSTICO:** Artritis

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de terapia ocupacional, 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: promovera rangos de amplitud articular fortalecimiento de tono muscular favorecer desempeño en actividades de la vida diaria e instrumentales

BENEFICIOS: Los beneficios que obtendrá de la realización de la terapia serán: Disminución del dolor local, disminución de inflamación en el área afectada, mejora de la sensibilidad, aumento en la destreza manual, aumento de fuerza muscular, mejora en la ejecución de actividades de la vida diaria, entre otros.

Los beneficios a corto plazo que se desarrollará en el ciclo de terapias # 5, enviado por el especialista en T. ocupacional (escribir la profesión) con la orden para realizar 5 terapias (escribir # de terapias), es:
manejo de dolor rangos de amplitud articular fortalecimiento muscular.

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.) medio. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día_____ y terminara el día_____ (escriba la fecha de inicio y finalización de la terapia formato DD-MM-AA)

El tratamiento de terapia ocupacional consiste en: (A usted se le realizara lo que se encuentra marcado con un x en la línea izquierda)

___Desarrollo de patrones funcionales ___ Entrenamiento de patrones integrales ✓ Manejo de coordinación

✓ Movilidad articulares ___ Control motor y conciencia corporal ___ Manejo de sensibilidad

✓ fortalecimiento ___ Estimulación sensorial ___ Manejos de ritmo de trabajo

✓ Estimulación cognitiva ___ Cambio de lateralidad ✓ Estimulación motora

___ Adaptación a uso de férulas o prótesis otros: _____

RIESGOS: Durante el tratamiento usted puede sentir malestar e incremento del dolor después del primer día de terapia 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.

IMPLICACIÒN: Deberá tener en cuenta que de no realizarse las terapias no tendrá ninguna garantía de recuperar su estado de salud.

Powered by CamScanner

0003 120

HUMANA VITAL S.A.S no se hace responsable del tratamiento si usted no cumple con el número 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 Laura Urbano en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 39736029 Ponza actuando en el ejercicio pleno de mis facultades declaro que conozco el tratamiento que proponen los profesionales de la IPS HUMANA VITAL y autorizo al desarrollo de este.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA y CC

TP 52664540

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 28/08/2024 HORA: 7:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Lucia Pulido ovalle Cédula: _____

DIAGNOSTICO: Artrosis Artritis

DIRECCIÓN: cr 72 20A - 17

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: Jenny Silva Suarez Cedula: 52664540

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Fatima Cubano Cedula: 39736029

Parentesco del paciente: hija Firma: _____

Powered by CamScanner

0000 122

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Ana lucia pulido	**N° DOCUMENTO**	41332 773
ENTIDAD	Alcaldia	**FECHA**	28/08/2024

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 →		35

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

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: 28/08/2024

Firma: _____

Nombre: Paula Vivares

Número de identificación: 39736029 Funza

Powered by CamScanner

0003 124 HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Fecha 28/08/2024 hora 1:00 N° de terapias 5

Nombre: Ana Lucia pulido ovalle Cedula: 41332773

✓ **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	X		CÓLERA	X	
HERPES	X		H1N1	X	
DIFTERIA	X		HEPATITIS	X	
NEUMONÍA	X		VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	X	
TUBERCULOSIS	X		CÁNCER		

✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Martha Ubaro con N° de cedula 39736029

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.

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

AUTORIZACIÓN

0003 125

Yo Martha Urbano identificado con cc 39736029 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: Ana Lucia Pulido ***IDENTIFICACION*** _____

FIRMA Martha Pulido.

FECHA: 28/8/2024 ***HORA:*** 5:30 ***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

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Jenny Silva

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana Lucia Bolido ***IDENTIFICACION*** 41332173

FECHA: 28/08/2023 ***HORA:*** 7:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 41.332.173**
FUNZA, jueves, 05 de septiembre de 2024 10:54:10

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ANA LUCIA PULIDO OVALLE	
Identificación	CC 41.332.173 Edad: 82 años, 4 meses y 18 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) sábado, 18 de abril de 1942	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 12 # 20A - 17 INT 10 Teléfono: NO REFIERE	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	. Parentesco: Teléfono:	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: AL001 - ALCALDIA DE FUNZA Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: miércoles, 28 de agosto de 2024 13:00:38 - EDAD: 82 años, 4 meses y 17 días
ANTECEDENTES
- PERSONALES: No refiere
- PATOLOGICOS: No refiere
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: losara tan verapamilo levotiroxona
- QUIRURGICOS: cx de mano trasplante total de cadera
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Ninguna

MOTIVO DE CONSULTA: usuaria con diagnóstico de artrosis artritis
POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general
ENFERMEDAD ACTUAL: artrosis artritis
VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL
HABILIDADES MOTORAS BASICAS
- Tono muscular disminuido: MSD Presente MSI Presente
- Fuerza muscular: MSD Ausente MSI Ausente
- Amplitud articular: MSD Ausente MSI Ausente
- Parestesias: MSD Presente MSI Presente
- Sensibilidad: MSD Presente MSI Presente

PATRONES INTEGRALES
- Alcanzar: MSD Presente MSI Presente
- Lanzar: MSD Presente MSI Presente
- Agarre cilíndrico: MSD Presente MSI Presente
- Agarre a mano llena: MSD Presente MSI Presente
- Agarre dígito palmar: MSD Presente MSI Presente
- Agarre dígito-digital: MSD Ausente MSI Ausente
- Enganche: MSD Presente MSI Presente
- Pinza fina: MSD Presente MSI Presente
- Pinza lateral: MSD Ausente MSI Ausente

PATRONES FUNCIONALES
- Mano-Cabeza: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Boca: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Cuello: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Hombro contralateral: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Hombro IPSI-Lateral: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Espalda: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Glúteo: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Pie: MSD Presente MSI Presente

HABILIDADES SENSORIALES
- Tolera estímulo propioceptivo: SI
- Tolera estímulo vesticular:NO
- Tolera cambios de velocidad: NO
- Tolera cambios de dirección: NO

- Ajustes posturales: SI
- Inseguridad postural: SI

HABILIDADES COGNITIVAS
- Atención: SI
- Concentración: SI
- Comprensión de ordenes: SI
- Memoria: SI
- Calculo: SI
- Orientación en tiempo: SI
- Orientación en espacio: SI
- Iniciativa: SI
- Imitación creatividad: SI

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Independiente
- Vestido: Semi-Independiente
- Higiene menor: Independiente
- Higiene mayor: Independiente
- Traslados: Semi-Independiente
- Transferencias: Semi-Independiente
- Hábitos y rutinas: Semi-Independiente

OBSERVACIONES: Ninguna

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR
- CUELLO
  Rotación derecha: Regular
  Rotación izquierda: Regular
  Inclinación derecha: Regular
  Inclinación izquierda: Regular
  Flexión: Regular
  Extensión: Regular
- ESCAPULA
  Elevación: MSD Regular MSI Regular
  Depresión: MSD Regular MSI Regular
  Abducción y rotación: MSD Regular MSI Regular
  Aducción: MSD Regular MSI Regular
  Depresión y rotación: MSD Regular MSI Regular
- HOMBRO
  Flexión: MSD Regular MSI Regular
  Extensión: MSD Regular MSI Regular
  Abducción: MSD Regular MSI Regular
  Aducción horizontal: MSD Regular MSI Regular
  Rotación interna: MSD Regular MSI Regular
  Rotación externa: MSD Regular MSI Regular
- CODO
  Flexión: MSD Regular MSI Regular
  Extensión: MSD Regular MSI Regular
- ANTEBRAZO
  Supinación: MSD Regular MSI Regular
  Pronación: MSD Regular MSI Regular
- MUÑECA
  Flexión: MSD Regular MSI Regular
  Extensión: MSD Regular MSI Regular
- PULGAR
  Flexión: MSD Regular MSI Regular
  Extensión: MSD Regular MSI Regular
  Aducción: MSD Regular MSI Regular
  Abducción: MSD Regular MSI Regular
  O ponencia: MSD Regular MSI Regular
- DEDOS
  Flexión: MSD Regular MSI Regular

Extensión: MSD Regular MSI Regular
Aducción: MSD Regular MSI Regular
Abducción: MSD Regular MSI Regular
OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13:00 Hora de salida: 13:45 No. de sesión: 1
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateo, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de ordenes
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Tolerancia a la frustración, Seguimiento de instrucciones, Creatividad, Tiempos de ejecución
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Autocuidado, Alimentación, Vestido, Traslados, Transferencias
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): usuaria con diagnóstico de artrosis artritis quien presente déficit a nivel musculo esquelética limitación en movilidad articular debilidad muscular con restricción en desempleo de actividades de la vida diaria e instrumentales.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540

FECHA CONSULTA: jueves, 29 de agosto de 2024 13:00:46 - EDAD: 82 años, 4 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13:00 Hora de salida: 13:45 No. de sesión: 2
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas.
usuaria con quien se promueve movilidad articular actividad de movilización movimientos a nivel de hombros codo y muñeca.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): finaliza sesión se dan indicaciones.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540

FECHA CONSULTA: viernes, 30 de agosto de 2024 13:00:28 - EDAD: 82 años, 4 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13:00 Hora de salida: 13:45 No. de sesión: 3
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateo, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo, Vestibular
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Vestido.
usuaria con quien se promueve desempeño en motricidad fina destrezas en coordinación movimientos de oposición de dedos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): finaliza sesión se dan indicaciones.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540

FECHA CONSULTA: lunes, 2 de septiembre de 2024 13:00:45 - EDAD: 82 años, 4 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13:00 Hora de salida: 13:45 No. de sesión: 4
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo

HABILIDADES COGNITIVAS: Atención
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Autocuidado, Alimentación, Vestido.
usuaria con quien se promueve mantenimiento de habilidades para patrón manual funcional e integral
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): finaliza sesión se dan indicaciones.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540

FECHA CONSULTA: martes, 3 de septiembre de 2024 13:00:51 - EDAD: 82 años, 4 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13:00 Hora de salida: 13:45 No. de sesión: 5
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo.
usuaria con quien se promueve desempeño en patrón motor amplitud articular fortalecimiento muscular destreza en patrón manual funcional e integral
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): finaliza sesión se dan indicaciones.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540
