0000 001

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

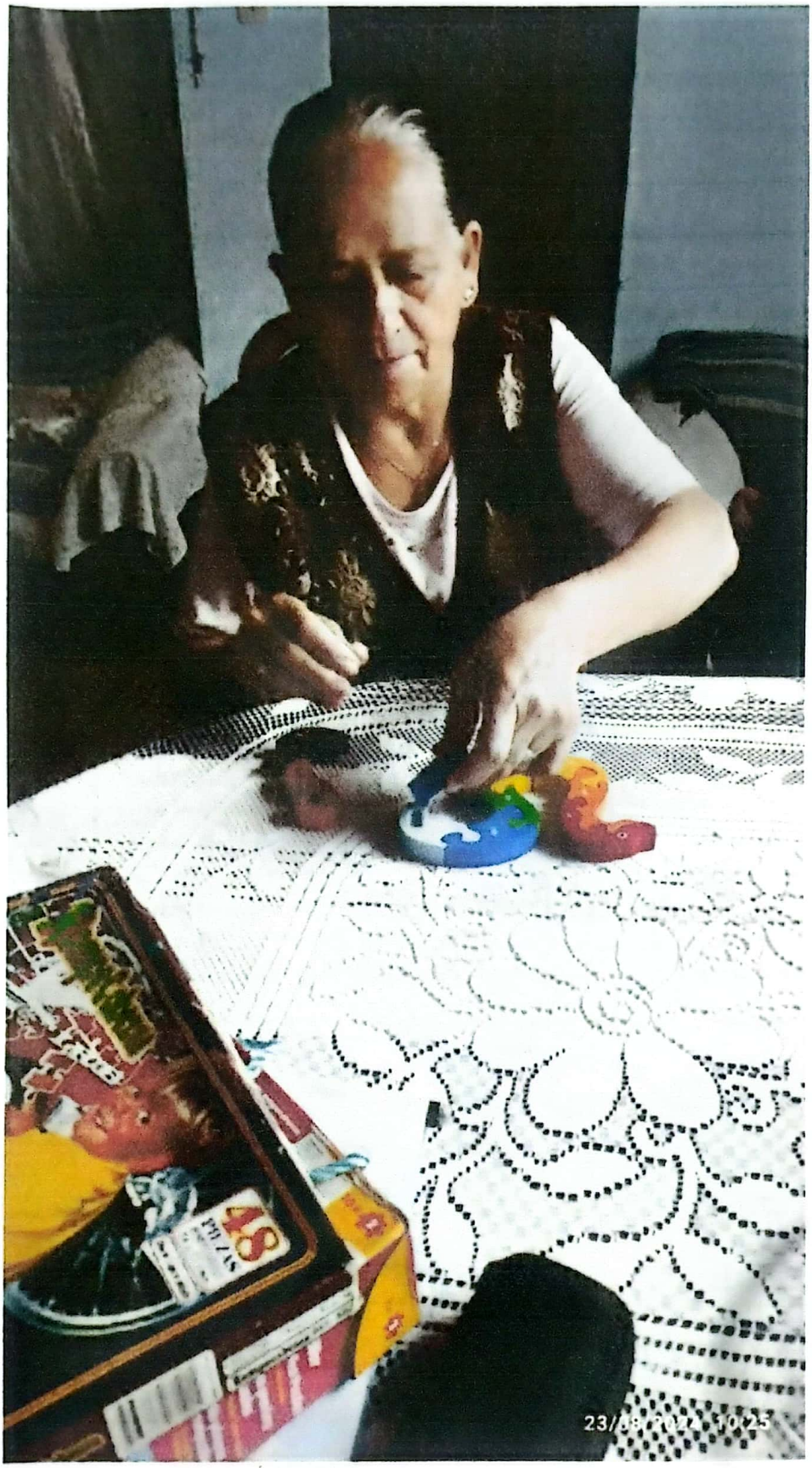
HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana Tulia Carvajal

DIRECCIÓN: Kr 6 # 24-45 int 1 **TELÉFONO:** 315 361 12 56.

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
6 08-24	10+30.	Ana Tulia Carvajal
9-08 24.	10+30	Ana Tulia Carvajal
13. 08.24	10 + 30.	Ana Tulia Carvajal
30 08 24	10 +30.	Ana Tulia Carvajal
26 08 24	10+30	Ana Tulia Carvajal

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

0000 003

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Tulia Carvajal **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** cc
NUMERO DE IDENTIFICACION: 35329161 **CIE 10:** R251 **DIAGNOSTICO:** Temblor no especificado

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: Mejorar desempeño en sus actividades diarias, de autocuidado y ocio.

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 # 2, enviado por el especialista en Terapia ocupacional (escribir la profesión) con la orden para realizar 5 terapias (escribir # de terapias), es: Disminuir molestias y dolor en manos y muñecas que permitan independencia y funcionalidad.

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.) dias por medio. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 06-08-24 y terminara el día 30-08-24 (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

0000 004

HUMANA VITAL S.A.S no se hace responsable del tratamiento si usted no cumple con el número de teraplas 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 Ana Julia Gaviria en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 35 329 161. 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.

Ana Julia Gaviria

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA y CC

TP 52124456

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: 06.08.24 HORA: 10+30 am

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Tulia Bruges Cédula: 35329161.

DIAGNOSTICO: R.251 Temblor no especificado

DIRECCIÓN: Kr 6 # 24-46 int 1

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: Irma Rojas López. Cedula: 52124456.

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Ana Tulia Bruges. Cedula: 35 329161.

Parentesco del paciente: — Firma: x Ana Julia Cujal

Powered by CamScanner

0000 006

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Lina Tulia Concepsl'	N° DOCUMENTO	35.329.161.
ENTIDAD	Hosdelis	FECHA	06 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 →		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

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 servicioalcliente@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: 06 08-24

Firma: Ana Julia Carpal

Nombre: Ana Julia Carpal

Número de identificación: 35 329161.

Powered by CamScanner

0009 008

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

Fecha 06 · 08 - 24 · hora 10+30 N° de terapias 5 ·

Nombre: Ana Tulia Carvajal · Cedula: 35329161 .

✓ **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	X	

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

Yo Ana Tulia Carvajal · con N° de cedula 35329161

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.

*Ana Tulia Carvajal

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0003 009

AUTORIZACIÓN

Yo Ana Tulio Bruges identificado con cc 35329161. 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 Tulia Bruges **IDENTIFICACION** 35 329 161.

FIRMA Ana Julia Bruges

FECHA: 06 08 24 **HORA:** 10:30 **ALCALDIA** X **PARTICULAR**_____ **ARL**_____

Powered by CamScanner

0003 010

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: Irma Rojas Lopez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana Julia Cayal ***IDENTIFICACION*** 35329161.

FECHA: 06-08-24 ***HORA:*** 10:30 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** ____ ***ARL*** ____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	*Ana Julia Cayal
CONSENTIMIENTO INFORMADO	*Ana Julia Cayal
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	*Ana Julia Cayal
PLAN CASERO	*Ana Julia Cayal
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	*Ana Julia Cayal

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, martes, 27 de agosto de 2024 19:33:34

HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 35.329.161

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ANA TULIA CARVAJAL DE GOMEZ	
Identificación	CC 35.329.161 Edad: 66 años, 8 meses y 11 días	
Nacimiento	CHIA (CUNDINAMARCA) lunes, 16 de diciembre de 1957	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 6 N.º 24A - 45 Teléfono: 3153061256	
Ocupación	AMA DE CASA Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	UBALDO GOMEZ Parentesco: ESPOSO Teléfono: 3153061256	
Acompañante	ESPERANZA GOMEZ Parentesco: HIJA Teléfono: 3133349119	
Entidad	ALCALDIA EAPB: CAFAM Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	CASADO (Estrato: 2) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión: OTRO	G.S. y RH: O+

FECHA CONSULTA: martes, 6 de agosto de 2024 10:24:43 - EDAD: 66 años, 8 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10.30 Hora de salida: 11.30 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Habilidades motoras básicas habilidades grafomotoras praxias finas habilidades cognitivas habilidades sensoriales y de procedimiento esquema corporal actividades de la vida diaria
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, Fuerza en agarres, Coloreado, Recortado, Picado, Pintado, Amasado
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
PATRONES FUNCIONALES: Mano partes del cuerpo
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Memoria, Calculo, Orientación en tiempo, Orientación en espacio, Imitación creatividad
IMAGEN CORPORAL: Reconocimiento, Concepto
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Tolerancia a la frustración, Seguimiento de instrucciones, Creatividad, Tiempos de ejecución
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Manejo de la patología
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente con alteración cognitiva sensoperceptiva y motora que inicia ciclo terapéutico de continuidad (5) sesiones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R251-TEMBLOR NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). IRMA ROJAS LOPEZ CC No. 52.124.456 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 004899

FECHA CONSULTA: viernes, 9 de agosto de 2024 10:27:25 - EDAD: 66 años, 8 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10.30 Hora de salida: 11.00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Habilidades sensoriales habilidades cognitivas habilidades motoras baicas
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular, Inseguridad gravitacional, Reacciones de equilibrio
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Memoria, Calculo, Orientación en tiempo, Orientación en espacio, Imitación creatividad
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R251-TEMBLOR NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). IRMA ROJAS LOPEZ CC No. 52.124.456 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 004899

FECHA CONSULTA: lunes, 12 de agosto de 2024 10:29:31 - EDAD: 66 años, 8 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10.30 Hora de salida: 10.30 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Habilidades motoras básicas habilidades grafomotoras praxias finas habilidades sensoriales

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, Fuerza en agarres, Coloreado, Recortado, Picado, Pintado, Amasado
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
PATRONES FUNCIONALES: Mano partes del cuerpo
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular, Inseguridad gravitacional, Reacciones de equilibrio, Reacciones proyectivas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R251-TEMBLOR NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). IRMA ROJAS LOPEZ CC No. 52.124.456 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 004899

FECHA CONSULTA: martes, 20 de agosto de 2024 10:31:50 - EDAD: 66 años, 8 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10.30 Hora de salida: 11.30 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Habilidades motoras básicas habilidades grafomotoras praxis finas habilidades sensoriales habilidades de procesamiento
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, Fuerza en agarres, Coloreado, Recortado, Picado, Pintado, Amasado
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
PATRONES FUNCIONALES: Mano partes del cuerpo
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular, Inseguridad gravitacional, Reacciones de equilibrio, Reacciones proyectivas
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Tolerancia a la frustración, Seguimiento de instrucciones, Creatividad, Tiempos de ejecución
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R251-TEMBLOR NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). IRMA ROJAS LOPEZ CC No. 52.124.456 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 004899

FECHA CONSULTA: lunes, 26 de agosto de 2024 10:19:06 - EDAD: 66 años, 8 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10.30 Hora de salida: 11.30 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Habilidades cognitivas habilidades motoras básicas praxias finas habilidades grafomotoras habilidades sensoriales habilidades de procesamiento actividades de la vida diaria
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
PATRONES FUNCIONALES: Mano partes del cuerpo
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes, Memoria, Calculo, Orientación en tiempo, Orientación en espacio, Imitación creatividad
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Tolerancia a la frustración, Seguimiento de instrucciones, Creatividad, Tiempos de ejecución
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Manejo de la patología
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente finaliza satisfactoriamente ciclo terapéutico de continuidad (5) sesiones. se dan recomendación y se realiza entrega de plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: R251-TEMBLOR NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). IRMA ROJAS LOPEZ CC No. 52.124.456 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 004899
