Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		0003 107
	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: Deyanira Martinez

DIRECCIÓN: Cr 28 B 13.01 **TELÉFONO:** 3233706605

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
16/08/2024	10:00	Della Dinfa Martinez
18/08/2024	10:00	Della Dinfa Martinez
19/08/2024	10:00	Della Dinfa Martinez
20/08/2024	10:10	Della Dinfa Martinez
21/08/2024	11:10	Della Dinfa Martinez

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

0003 105

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Leyaninfa Martinez **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 41467023 **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: promover mantenimiento de habilidades para 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 Ocupacional (escribir la profesión) con la orden para realizar 5 terapias (escribir # de terapias), es:
promover mantenimiento en patron motor
favorecer estimulacion cognitiva
promover desempeño en actividades instrumentales

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 16/08/2021 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

0000 106

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 Della Vinfa Martinez en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 41467023 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.

Della Vinfa Martinez

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 16/08/2024 HORA: 10:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Dayanira Martinez Cédula: 47467023

DIAGNOSTICO: Artritis

DIRECCIÓN: carrera 28B 13-01

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 X NO _____

Si su respuesta es NO describa por qué: _____

Datos del evaluador:

NOMBRE: Jenny Silva Cedula: 52664540

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Della Olimpa Martinez Cedula: _____

Parentesco del paciente: paciente Firma: Della Olimpa Martinez

Powered by CamScanner

0003 103

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Delvania Martinez	N° DOCUMENTO	41467023
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	16/08/2024

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 →		25

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: 16/08/2024

Firma: Della Vinfa Martinez

Nombre: Della Vinfa Martinez

Número de identificación: _____

Powered by CamScanner

CCCO 110

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

Fecha 16/08/2024 hora 10 N° de terapias 5

Nombre: Leyanirfa Martinez Cedula: 41467023

- ✓ **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 Leyanirfa Martinez con N° de cedula _____

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.

Leyanirfa Martinez

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0003 111

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 Deyanifa Martinez identificado con cc 41467023 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: Deyanifa Martinez ***IDENTIFICACION*** 41467023

FIRMA Deyanifa Martinez

FECHA: 16/08/2024 ***HORA:*** 10:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Powered by CamScanner

0000 112

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: Dexaninfa Martinez ***IDENTIFICACION*** 41467023

FECHA: 16/08/2024 ***HORA:*** 10:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Della Ninfa Martinez
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Della Ninfa Martinez
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Della Ninfa Martinez
PLAN CASERO	Della Ninfa Martinez
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Della Ninfa Martinez

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 41.467.023**
FUNZA, jueves, 05 de septiembre de 2024 10:57:06

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	DELLA NINFA MARTINEZ DE RIOS	
Identificación	CC 41.467.023 Edad: 86 años, 3 meses y 12 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) martes, 24 de mayo de 1938	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 28B # 13-01 Teléfono: 3233706605	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	ALEIDA MORENO Parentesco: NUERA Teléfono: 3115876402	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS002 - SALUD TOTAL S.A Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	CASADO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: viernes, 16 de agosto de 2024 10:00:58 - EDAD: 86 años, 3 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 10;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: Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo.
usuaria con quien se promueve movilidad articular actividad de traslado de balón en plano inclinado
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: domingo, 18 de agosto de 2024 10:00:50 - EDAD: 86 años, 3 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 10:45 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
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Autocuidado.
usuaria con quien se promueve fortalecimiento muscular ejercicios de resistencia con uso de banda elástica
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, 19 de agosto de 2024 10:00:02 - EDAD: 86 años, 3 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 10:45 No. de sesión: 3
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Amplitud articular
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateo, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo.
usuario con quien s e promueve desempeño en motricidad fina movimientos de oposición de dedos actividad de ubicación de bandas elásticas en geoplano
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, 20 de agosto de 2024 10:10:41 - EDAD: 86 años, 3 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:10 Hora de salida: 10:55 No. de sesión: 4
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes.
se promueve desempeño en motricidad fina actividad de enhebrado refuerzo en coordinación fuerza en enganches
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: miércoles, 21 de agosto de 2024 11:10:30 - EDAD: 86 años, 3 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:10 Hora de salida: 11:55 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: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo.
usuaria con quien se promueve rehabilitación de miembros superiores movilidad articular fortalecimiento muscular destrezas en motricidad fina
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
