0000 059

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: Elsa Nino

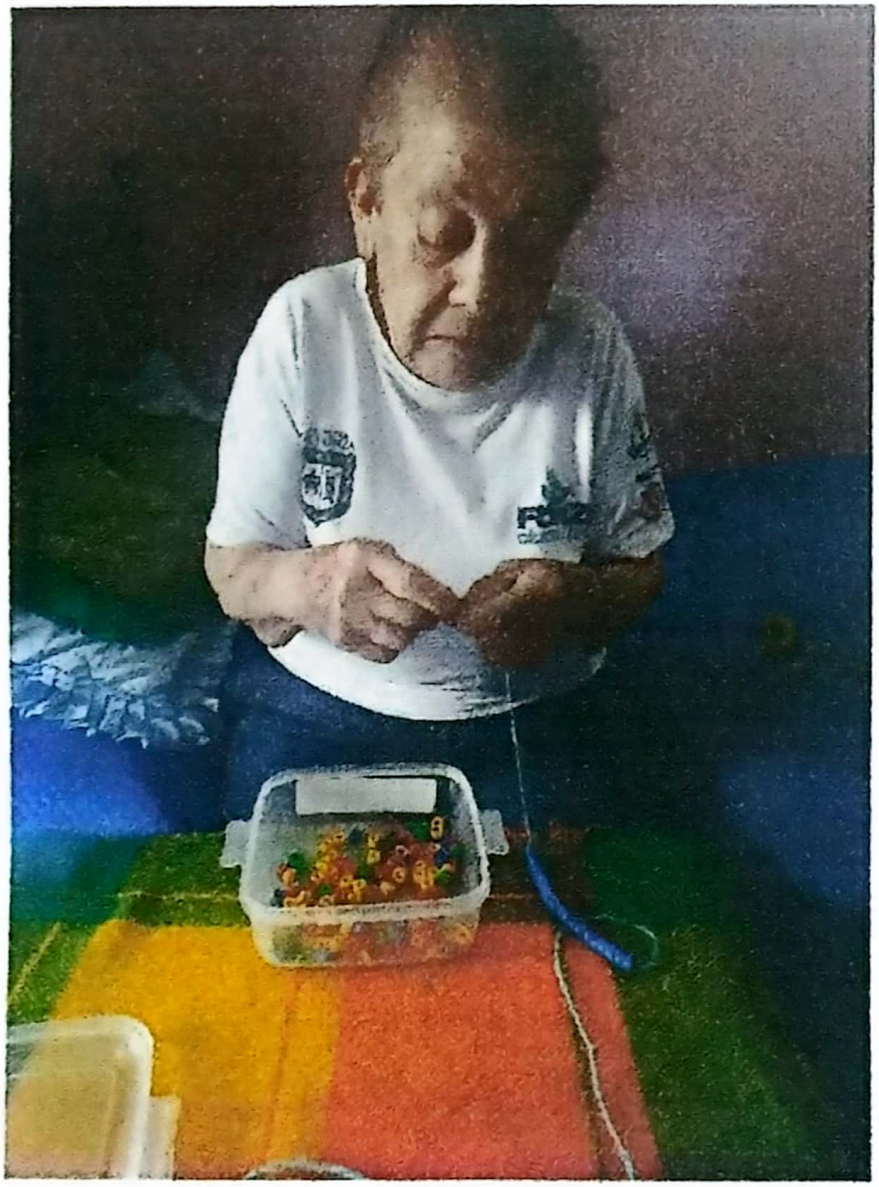
DIRECCIÓN: Cra 7A #6-40 **TELÉFONO:** 3138172401

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
05/08/24	10+00	
06/08/24	10+00	
08/08/24	10+00	
09/08/24	10+00	
12/08/24	10+00	

Powered by CamScanner

ELISA NIÑO

CC 41300355



Powered by CamScanner

0003 001

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Elsa Nuño **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 41300855 **CIE 10:** M199 **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: Mantener habilidades manipulativas y patrones funcionales y

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 Alcaldía (escribir la profesión) con la orden para realizar 5 terapias (escribir # de terapias), es:

Mantener independencia y autonomía y

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 05/08/24 y terminara el día 12/08/24 (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)

X Desarrollo de patrones funcionales — X 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 062

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 Elva Nuño en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 41300385 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

M. Angelica Posada

FIRMA DE LA TERAPEUTA y CC

TP 1032358211

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

0003 063

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 05/08/24 HORA: 10:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Elsa Nuño Cédula: 41300355

DIAGNOSTICO: Artrosis

DIRECCIÓN: Cr 7A # 6-10

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: Ma Angelica Bautista Cedula: 1032358273

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Elsa Nuño Cedula: 41300355

Parentesco del paciente: La misma persona Firma: _____

Powered by CamScanner

0000 004

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Elsa Nieto	N° DOCUMENTO	41300355
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	05/08/24

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 →		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

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: 05/08/24

Firma: _____

Nombre: Elsa Nuñez

Número de identificación: 41300355

Powered by CamScanner

0003 013

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

Fecha 05/08/24 hora 10:00 N° de terapias 5

Nombre: Elsa Nuño Cedula: 41300355

✓ **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 Elsa Nuño con N° de cedula 41300355

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

0003 007

AUTORIZACIÓN

Yo Elsa Wiro identificado con cc 41300815 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: Elsa Wiro ***IDENTIFICACION*** 41300815

FIRMA_____

FECHA: 07/08/24 ***HORA:*** 10+100 ***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

0003 008

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Ma Angelica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Elisa Wilson ***IDENTIFICACION*** 41300375

FECHA: 05/08/24 ***HORA:*** 10:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 23:03:40

HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 41.300.355

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ELISA NIÑO POVEDA	
Identificación	CC 41.300.355 Edad: 81 años, 4 meses y 14 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) lunes, 19 de abril de 1943	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 7A # 6-10 POPULAR Teléfono: 8231758	
Ocupación	PENSIONADA Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	CLAUDIA HERRERA Parentesco: HIJA Teléfono: 3138172401	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS037 - NUEVA EPS 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: lunes, 5 de agosto de 2024 10:00:18 - EDAD: 81 años, 4 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de la hija. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se da continuidad del servicio con actividad de dibujo de objetos acorde a la categoría indicada, favoreciendo memoria, procesamiento y evocación.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de la hija. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se da continuidad del servicio con actividad de dibujo de objetos acorde a la categoría indicada, favoreciendo memoria, procesamiento y evocación.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se da continuidad al proceso terapéutico.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M139-ARTRITIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: martes, 6 de agosto de 2024 10:00:52 - EDAD: 81 años, 4 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de la hija. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad en tablero de ensartado favoreciendo creatividad, agarre de pinza, integración bilateral y manejo de espacio, denotando adecuada ejecución y tolerancia a la actividad.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de la hija. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad en tablero de ensartado favoreciendo creatividad, agarre de pinza, integración bilateral y manejo de espacio, denotando adecuada ejecución y tolerancia a la actividad.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se finaliza sin complicaciones.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M139-ARTRITIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: jueves, 8 de agosto de 2024 10:00:27 - EDAD: 81 años, 4 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de la hija. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de manejo de espacio, precisión y seguimiento de instrucciones, denotando adecuada ejecución y tolerancia a la actividad.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de la hija. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de manejo de espacio, precisión y seguimiento de instrucciones, denotando adecuada ejecución y tolerancia a la actividad.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se finaliza sin complicaciones.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M139-ARTRITIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: viernes, 9 de agosto de 2024 10:00:09 - EDAD: 81 años, 4 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de la hija. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de coordinación viso-manual, precisión y fuerza en agarres, denotando adecuada ejecución y tolerancia a la actividad.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de la hija. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de coordinación viso-manual, precisión y fuerza en agarres, denotando adecuada ejecución y tolerancia a la actividad.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se finaliza sin complicaciones.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M139-ARTRITIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: lunes, 12 de agosto de 2024 10:00:51 - EDAD: 81 años, 4 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de la hija. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de rastreo visual con juego de 40 fichas de memoria, debiendo encontrar la pareja, trabajando atención, discriminación visual y concentración.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de la hija. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de rastreo visual con juego de 40 fichas de memoria, debiendo encontrar la pareja, trabajando atención, discriminación visual y concentración.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina ciclo de terapias evidenciando mantenimiento en las habilidades cognitivas, habilidades motoras finas, amplitud articular e independencia en AVD y AIVD.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M139-ARTRITIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273
