0000 045

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: Esperanza Lizarazo

DIRECCIÓN: Cr 3 # 7 -56 **TELÉFONO:** 3194362670

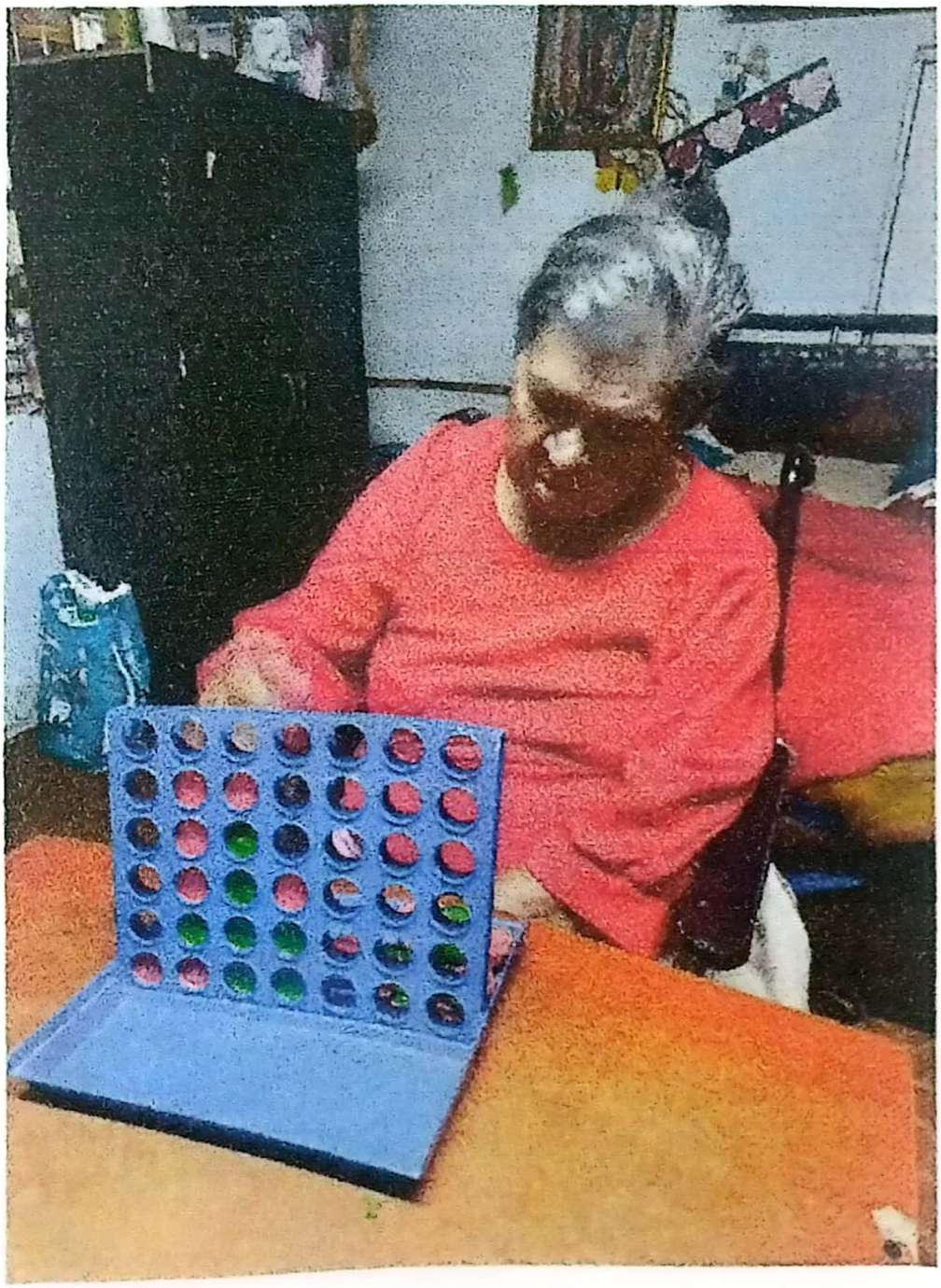
FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
20/08/24	7:00	Rosaura quintero
21/08/24	7:00	Rosaura quintero
22/08/24	7:00	Rosaura quintero
23/08/24	7:00	Rosaura quintero
26/08/24	7:00	Rosaura quintero

Powered by CamScanner

0000 016

EMPERATRIZ LIZARAZO

CC 2050049467



Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 20500049467 Fecha de ingreso: 20/08/24
Apellidos: Isaacza Nombres: Guillermo
Documento de identidad: Tipo: _____ Número: _____
Fecha de nacimiento: Día: 07 Mes: 08 Año: 947 sexo:F: X M: _____ Estado civil: Soltero Munjicipio: Tunja Barrio: Serrezuela
Dirección: Cr 3A 7-56 Teléfono fijo: _____ Móvil: 3194362670
Correo electrónico: _____ ocupacion: Hogar
Entidad de salud: Famisanar Vinculación: Cotizante Empresa: _____
N° de terapias: _____ Diagnostico: Secuelas de ACV
Acompañante: Rosa Quintero Parentesco: Hija Teléfono: 3194362670

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: _____
Exámenes diagnósticos realizados: _____
atención de médicos especialistas: _____
tratamientos realizados: _____
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias: _____

Antecedentes:
Patologicos: Secuelas de ACV Traumaticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Colecistectomia
Infecciosos: Niega Farmacologios: Losartan, Atorvastatina, Insulina

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

Actividades de la Vida Diaria BÁSICAS	Descripción
Cuidado Personal	Semi funcional
Movilidad funcional	Semi funcional

Powered by CamScanner

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

Locomoción	Semi funcional
INSTRUMENTALES **Comunicación** **Comprensión** **Rutina de medicamentos** **Manejo del dinero** **Manejo del transporte** **Manejo del hogar**	Semi funcional
TRABAJO	Semi-funcional

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL

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

Powered by CamScanner

*Arco de movimiento		✓			
*Tono muscular		✓			
*fuerza		✓			
*Resistencia		✓			
*Control postural		✓			
*Integridad de tejidos blandos		✓			
Motor					
*Tolerancia a la actividad		✓			
*coordinación motora gruesa		✓			
*Coordinación motora fina		✓			
*cruzar línea media		✓			
*Lateralidad		✓			
*integración bilateral		✓			
*Control oral motor					

Integración cognitiva y componentes cognitivos	**Funcional**	**semifuncional**	**disfuncional**	**No aplica**	**Observaciones**
Nivel de alertas a estímulos	✓				
Orientación			✓		
Reconocimiento	✓				
Tiempo de atención	✓				
Memoria		✓			
Secuenciación		✓			
Categorización		✓			
Formación de conceptos		✓			
Operaciones intelectuales en el espacio		✓			

DESTREZAS PSICOSOCIALES Y COMPONENTES PSICOLÓGICOS

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

Powered by CamScanner

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

Concepto ocupacional: Paciente de 82 años con diagnosticos asociados, disfuncional en AVD y dependiente en AIVD, con afectación de habilidades cognitivas.

Historia ocupacional: Paciente quien realiza actividades de ocio y esparcimiento.

Nombre del terapeuta: Ma Angelica Gonzalez

Firma: Ma Angelica Gonzalez T

N° de registro 1032358243

Powered by CamScanner

0000 051

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Cuspendes Lizcano TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 2870946 CIE 10: 1694 DIAGNOSTICO: Secuelas de ACV

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 residuales a nivel de patrones funcionales y cognitivos

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

Mantener habilidades cognitivas 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.) diaria. 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

X Estimulación cognitiva ___ Cambio de lateralidad X 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 052

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 Rosaura Quintero en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 26629180 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.

Rosaura Quintero.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA y CC

TP 1032358273

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: 20/08/24 HORA: 7:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Esperanza Lizarazo Cédula: 20500949467

DIAGNOSTICO: Secuelas ACV

DIRECCIÓN: Cr 3 #7-56

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: Lic Angelica Gaviria Cedula: 1032358277

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Rosaura Quintero Cedula: 52662980

Parentesco del paciente: Hija Firma: Rosaura Quintero

Powered by CamScanner

0000 054

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Esperanza Cuervo	N° DOCUMENTO	20500 49467
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	20/08/24

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: 2024/08/24

Firma: Rosaura Montero

Nombre: Esperanza Lizarazo

Número de identificación: 20500 49467

Powered by CamScanner

0000 056

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

Fecha 20/08/24 hora 7:00 N° de terapias 5

Nombre: Esperanza Lizcano Cedula: 20000049467

✓ **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 Esperanza Lizcano con N° de cedula 20000049467

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.

Rosaura Aguilera

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0000 057

AUTORIZACIÓN

Yo Rosaura Quintero identificado con cc 5266 2980 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: Empendatra Lizarazo ***IDENTIFICACION*** 2000049467

FIRMA Rosaura Quintero

FECHA: 2018/8/24 ***HORA:*** 7:00 ***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: Mª Angelica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Superchez Lizcano ***IDENTIFICACION*** 28700446(2

FECHA: 20/08/24 ***HORA:*** 7100 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 2.050.049.467**
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 23:04:45

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	EMPERATRIZ LIZARAZO ORTIZ	
Identificación	CC 2.050.049.467 Edad: 24 años, 0 meses y 7 días	
Nacimiento	BOGOTA (CUNDINAMARCA) sábado, 26 de agosto de 2000	
Residencia	FUNZA Dirección: ACRRERA 3 N 7-56 Teléfono: 3143697016	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	.. Parentesco: 00 Teléfono: 0000000000000	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS017 - EPS FAMISANAR LTDA CAFAM-COLSUBSIDIO 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: martes, 20 de agosto de 2024 7:00:02 - EDAD: 24 años, 0 meses y 7 días
ANTECEDENTES
- PERSONALES: No refiere
- PATOLOGICOS: No refiere
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: No refiere
- QUIRURGICOS: No refiere
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Ninguna

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que pertenece al programa de Adulto Mayor de la Alcaldía de Funza.
POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general
ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 82 años con diagnóstico de secuelas de ACV.
VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL
HABILIDADES MOTORAS BASICAS
- Amplitud articular: MSD Presente
- Parestesias: MSI Presente

HABILIDADES MOTORAS GRUESAS
- Posición sedente: SÍ
- Posición bípeda: NO

DESPLAZAMIENTO
- Marcha: NO

HABILIDADES GRAFOMOTORAS
- Dominancia manual: MSD Presente MSI Ausente
- Corta con tijeras: MSD Presente MSI Ausente
- Realiza una torre: MSD Presente MSI Ausente
- Hace garabateo: MSD Presente MSI Ausente
- Hace enhebrado: MSD Presente MSI Ausente
- Hace encajado: MSD Presente MSI Ausente
- Rasgado de papel: MSD Presente MSI Ausente
- Fuerza en escritura: MSD Presente MSI Ausente
- Fuerza en coloreado: MSD Presente MSI Ausente

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

PATRONES FUNCIONALES

- Mano-Cabeza: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Boca: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Cuello: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Hombro contralateral: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Hombro IPSILATERAL: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Espalda: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Glúteo: MSD Presente MSI Ausente
- Mano-Pie: MSD Presente MSI Ausente

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

HABILIDADES PROCESAMIENTO
- Tolerancia a la actividad: SÍ
- Tolerancia a la frustración: SÍ
- Seguimiento de instrucciones: SÍ

HABILIDADES SOCIALES
- Interactúa con otros: SÍ

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

OBSERVACIONES: Ninguna

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR
- CUELLO
  Rotación derecha: Bueno
  Rotación izquierda: Bueno
  Inclinación derecha: Bueno
  Inclinación izquierda: Bueno
  Flexión: Bueno
  Extensión: Bueno
- ESCAPULA
  Elevación: MSD Bueno MSI Malo
  Depresión: MSD Bueno MSI Malo
  Abducción y rotación: MSD Bueno MSI Malo
  Aducción: MSD Bueno MSI Malo
  Depresión y rotación: MSD Bueno MSI Malo
- HOMBRO
  Flexión: MSD Bueno MSI Malo
  Extensión: MSD Bueno MSI Malo
  Abducción: MSD Bueno MSI Malo
  Aducción horizontal: MSD Bueno MSI Malo
  Rotación interna: MSD Bueno MSI Malo
  Rotación externa: MSD Bueno MSI Malo
- CODO
  Flexión: MSD Bueno MSI Malo
  Extensión: MSD Bueno MSI Malo
- ANTEBRAZO
  Supinación: MSD Bueno MSI Malo

Pronación: MSD Bueno MSI Malo
- MUÑECA
Flexión: MSD Bueno MSI Malo
Extensión: MSD Bueno MSI Malo
- PULGAR
Flexión: MSD Bueno MSI Malo
Extensión: MSD Bueno MSI Malo
Aducción: MSD Bueno MSI Malo
Abducción: MSD Bueno MSI Malo
Oponencia: MSD Bueno MSI Malo
- DEDOS
Flexión: MSD Bueno MSI Malo
Extensión: MSD Bueno MSI Malo
Aducción: MSD Bueno MSI Malo
Abducción: MSD Bueno MSI Malo
OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 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 realiza valoración inicial a paciente de 82 años con diagnóstico de secuelas de ACV, dependiente AVD y AIVD, con limitación patrones integrales y patrones funcionales, fuerza y resistencia. Paciente con ocupación hogar, con actividades de ocio y esparcimiento. Se indica objetivos terapéuticos y se brinda horario de atención, paciente dice entender y aceptar.
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 valoración inicial a paciente de 82 años con diagnóstico de secuelas de ACV, dependiente AVD y AIVD, con limitación patrones integrales y patrones funcionales, fuerza y resistencia. Paciente con ocupación hogar, con actividades de ocio y esparcimiento. Se indica objetivos terapéuticos y se brinda horario de atención, paciente dice entender y aceptar.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se entrega plan casero.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: miércoles, 21 de agosto de 2024 7:00:39 - EDAD: 24 años, 0 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 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 aplican técnicas de facilitación neuromuscular en miembro superior izquierdo con presión y golpeteo, con el finde modular tono muscular; se realiza movilizaciones pasivas en miembro superior izquierdo; se realiza actividad de ensartado con mano derecha, trabajando agarre de pinza, coordinación y precisión.
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 aplican técnicas de facilitación neuromuscular en miembro superior izquierdo con presión y golpeteo, con el finde modular tono muscular; se realiza movilizaciones pasivas en miembro superior izquierdo; se realiza actividad de ensartado con mano derecha, trabajando agarre de pinza, coordinación y precisión.
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: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: jueves, 22 de agosto de 2024 7:00:13 - EDAD: 24 años, 0 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 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 aplican técnicas de facilitación neuromuscular en miembro superior izquierdo con presión y golpeteo, con el finde modular tono muscular; se realiza movilizaciones pasivas en miembro superior izquierdo; se realiza actividad secuencia simple en tablero de monedas, trabajando atención, memoria y agarre de pinza.
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 aplican técnicas de facilitación neuromuscular en miembro superior izquierdo con presión y golpeteo, con el finde modular tono muscular;

se realiza movilizaciones pasivas en miembro superior izquierdo; se realiza actividad secuencia simple en tablero de monedas, trabajando atención, memoria y agarre de pinza.
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: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: viernes, 23 de agosto de 2024 7:00:50 - EDAD: 24 años, 0 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 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 aplican técnicas de facilitación neuromuscular en miembro superior izquierdo con presión y golpeteo, con el finde modular tono muscular; se realiza movilizaciones pasivas en miembro superior izquierdo; se realiza actividad en tablero de pones, favoreciendo coordinación viso manual, manejo de espacio y precisión.
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 aplican técnicas de facilitación neuromuscular en miembro superior izquierdo con presión y golpeteo, con el finde modular tono muscular; se realiza movilizaciones pasivas en miembro superior izquierdo; se realiza actividad en tablero de pones, favoreciendo coordinación viso manual, manejo de espacio y precisión.
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: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: lunes, 26 de agosto de 2024 7:00:28 - EDAD: 24 años, 0 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 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 aplican técnicas de facilitación neuromuscular en miembro superior izquierdo con presión y golpeteo, con el finde modular tono muscular; se realiza movilizaciones pasivas en miembro superior izquierdo; 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 aplican técnicas de facilitación neuromuscular en miembro superior izquierdo con presión y golpeteo, con el finde modular tono muscular; se realiza movilizaciones pasivas en miembro superior izquierdo; 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 culmina ciclo de terapias evidenciando mantenimiento en las habilidades cognitivas, habilidades motoras finas, amplitud articular y dependencia en AVD y AIVD.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273
