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: Flor Maria Benavides

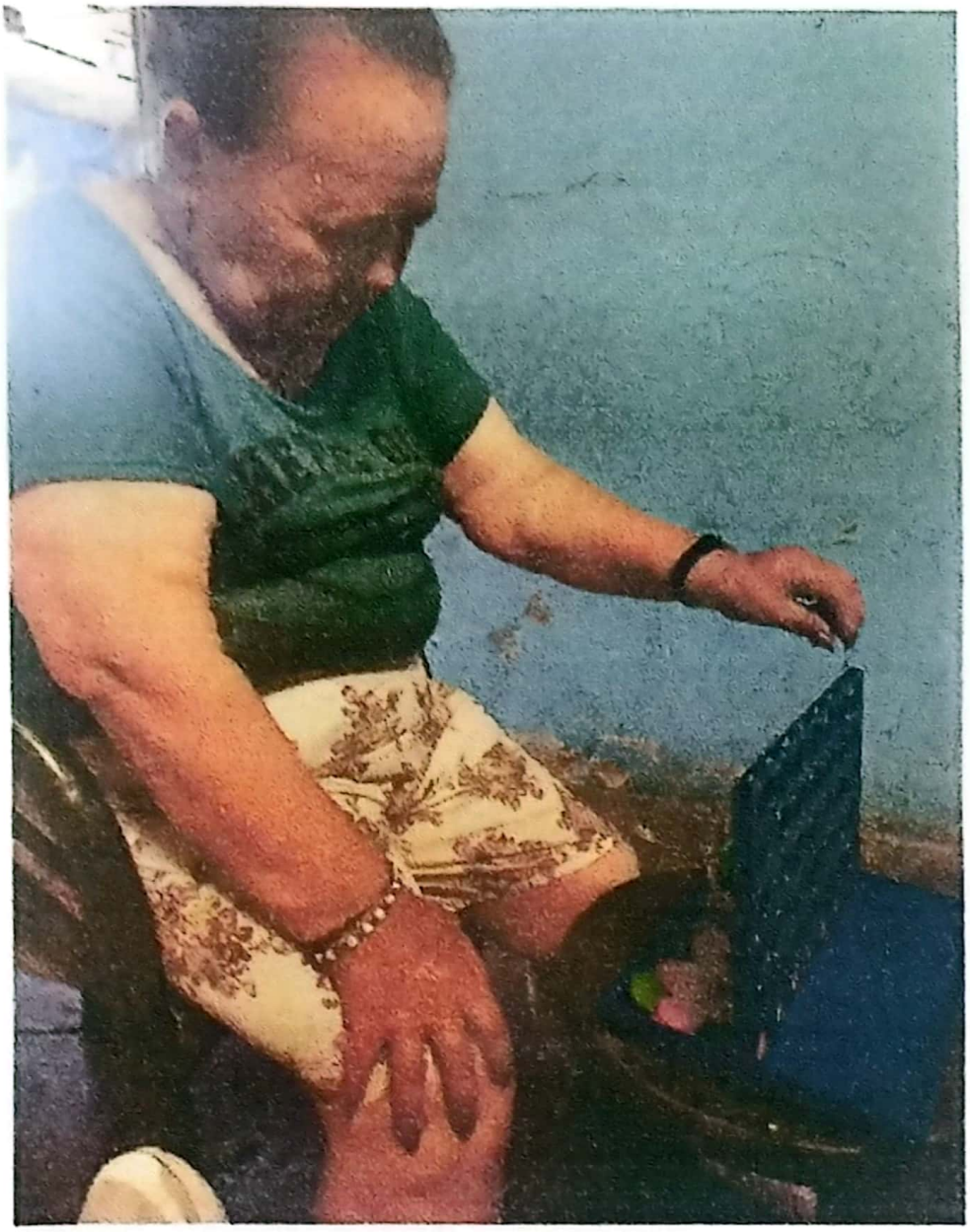
DIRECCIÓN: Cr 18 # 17A-28 **TELÉFONO:** 3133736502

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
05/08/24	8:00	Flor M B
06/08/24	8:00	Flor M B
08/08/24	8:00	Flor M B.
09/08/24	8:00	Flor M B.
12/08/24	8:00	Flor M B.

Powered by CamScanner

FLOR MARIA BENAVIDES

CC 35321367 0 0 0 0 0 0 0



Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 35321367 Fecha de ingreso: 05/08/24
Apellidos: Bermudez Saenz Nombres: Flor Maria
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 35321367
Fecha de nacimiento: Día: 22 Mes: 10 Año: 1955 sexo:F: X M: Estado civil: Soltera Municipio: Funza Barrio: Baccata
Dirección: Cr 18 # 7A-28 Teléfono fijo: — Móvil: 3133736502
Correo electrónico: — ocupacion: —
Entidad de salud: Famisanar Vinculación: Subsidiado Empresa: —
N° de terapias: 5 Diagnostico: Diabetes, Hipertension Artrosis
Acompañante: Angie Gomez Parentesco: Nieta Teléfono: 3125677141

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: Diabetes, HTA, Artrosis Traumaticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Hernioplastia umbilical, Apendicectomia
Infecciosos: Niega Farmacologicos: Quetiapina, Losartan, Metformina, Atorvastatina, Acetaminofen.

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

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

Powered by CamScanner

Locomoción	Funcional
INSTRUMENTALES	
Comunicación **Comprensión** **Rutina de medicamentos** **Manejo del dinero** **Manejo del transporte** **Manejo del hogar**	Funcional
TRABAJO	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

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

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

Concepto ocupacional: Paciente de 68 años con diagnosticos ya tratados, funcional en AVD y AIVD, con adecuadas habilidades cognitivas.

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

Nombre del terapeuta: Lic Angelica Gonzalez

Firma: Lic Angelica Gonzalez T

N° de registro 1032378233

Powered by CamScanner

0000 085

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Flor María Benavides TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 35321367 CIE 10: M199 DIAGNOSTICO: Artrosis

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

Conservar 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 ___ 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 ___ 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 003

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 Flor María Benavides en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 35321367 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.

Flor M B.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Mª Angelica Gonzalez

FIRMA DE LA TERAPEUTA y CC

TP 1053318273

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: 03/08/24 HORA: 8:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Flor María Bermudez Cédula: 35321367

DIAGNOSTICO: Diabetes, HTA, Artrosis

DIRECCIÓN: Cra 18 # 17A-28

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: TF Angélica González Cedula: 1032358273

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Flor María Bermudez Cedula: 35321367

Parentesco del paciente: A nombre propio Firma: Flor M B

Powered by CamScanner

0000 088

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Flor Maria Benavides	N° DOCUMENTO	35321367
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	→	0

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

0000039

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: Flor M R

Nombre: Flor Maria Bermudez

Número de identificación: 35321367

Powered by CamScanner

0000 090

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

Fecha 05/08/24 hora 8:00 N° de terapias 5

Nombre: Flor Monica Benavides Cedula: 35321367

✓ **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 Flor Monica Benavides con N° de cedula 35321367

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.

Flor M B

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0000 001

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 Flor María Benavides identificado con cc 35321367 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: Flor Mª Benavides ***IDENTIFICACION*** 35321367

FIRMA Flor M B

FECHA: 31/08/24 ***HORA:*** 8:00 ***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

0003 002

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Mª Angelica Garzón

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Flor Mª Bermudez ***IDENTIFICACION*** 35321367

FECHA: 01/08/24 ***HORA:*** 8:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 35.321.367**
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 23:00:22

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	FLOR MARIA BERMUDEZ SAENZ	
Identificación	CC 35.321.367 Edad: 68 años, 8 meses y 11 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) jueves, 22 de diciembre de 1955	
Residencia	FUNZA Dirección: BACATA Teléfono: 3133736502	
Ocupación	AMA DE CASA Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	. Parentesco: Teléfono:	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: - EPSS CONVIDA 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 8:00:23 - EDAD: 68 años, 8 meses y 11 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 68 años con diagnóstico de hipertensión y artrosis.
VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL
HABILIDADES MOTORAS BASICAS
- Amplitud articular: MSD Presente MSI Presente

HABILIDADES MOTORAS GRUESAS
- Posición bípeda: SÍ

DESPLAZAMIENTO
- Marcha: SÍ

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

HABILIDADES SENSORIALES
- Responde al nombre: SÍ
- Ajustes posturales: SÍ

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
- Creatividad: SÍ

HABILIDADES SOCIALES
- Interactúa con otros: SÍ

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

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 Bueno
  Depresión: MSD Bueno MSI Bueno
  Abducción y rotación: MSD Bueno MSI Bueno
  Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
  Depresión y rotación: MSD Bueno MSI Bueno
- HOMBRO
  Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
  Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
  Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
  Aducción horizontal: MSD Bueno MSI Bueno
  Rotación interna: MSD Bueno MSI Bueno
  Rotación externa: MSD Bueno MSI Bueno
- CODO
  Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
  Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
- ANTEBRAZO
  Supinación: MSD Bueno MSI Bueno
  Pronación: MSD Bueno MSI Bueno
- MUÑECA
  Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
  Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
- PULGAR
  Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
  Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
  Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
  Abducción: MSD Bueno MSI Bueno
  Oponencia: MSD Bueno MSI Bueno
- DEDOS
  Flexión: MSD Bueno MSI Bueno
  Extensión: MSD Bueno MSI Bueno
  Aducción: MSD Bueno MSI Bueno
  Abducción: MSD Bueno MSI Bueno

OBSERVACIONES: Ninguna

DIAGNÓSTICOS

Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de familiares. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza valoración inicial a paciente de 68 años con diagnóstico de hipertensión y artrosis, independiente AVD y AIVD. 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 familiares. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza valoración inicial a paciente de 68 años con diagnóstico de hipertensión y artrosis, independiente AVD y AIVD. 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: martes, 6 de agosto de 2024 8:00:11 - EDAD: 68 años, 8 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de familiares. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad en tablero de pines favoreciendo coordinación viso manual, agarre de pinza y atención.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de familiares. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad en tablero de pines favoreciendo coordinación viso manual, agarre de pinza y atención.
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: M199-ARTROSIS, 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 8:00:53 - EDAD: 68 años, 8 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de familiares. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de organización de frases con palabras sueltas trabajando planeación, procesamiento de información, memoria y evocación.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de familiares. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de organización de frases con palabras sueltas trabajando planeación, procesamiento de información, memoria y evocación.
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: M199-ARTROSIS, 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 8:00:30 - EDAD: 68 años, 8 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de familiares. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de secuenciación simple en tablero de monedas, trabajando comprensión y seguimiento de instrucciones, memoria y velocidad de ejecución.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de familiares. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de secuenciación simple en tablero de monedas, trabajando comprensión y seguimiento de instrucciones, memoria y velocidad de ejecución.
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: M199-ARTROSIS, 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 8:00:24 - EDAD: 68 años, 8 meses y 11 días
EVOLUCION TERAPEUTICA

Hora de ingreso: 8 Hora de salida: 9 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de familiares. 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 familiares. 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: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273
