0000 031

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: Irene Quintero

DIRECCIÓN: Cra 7A # 18-31 mts

TELÉFONO: 3209421354
3144816321

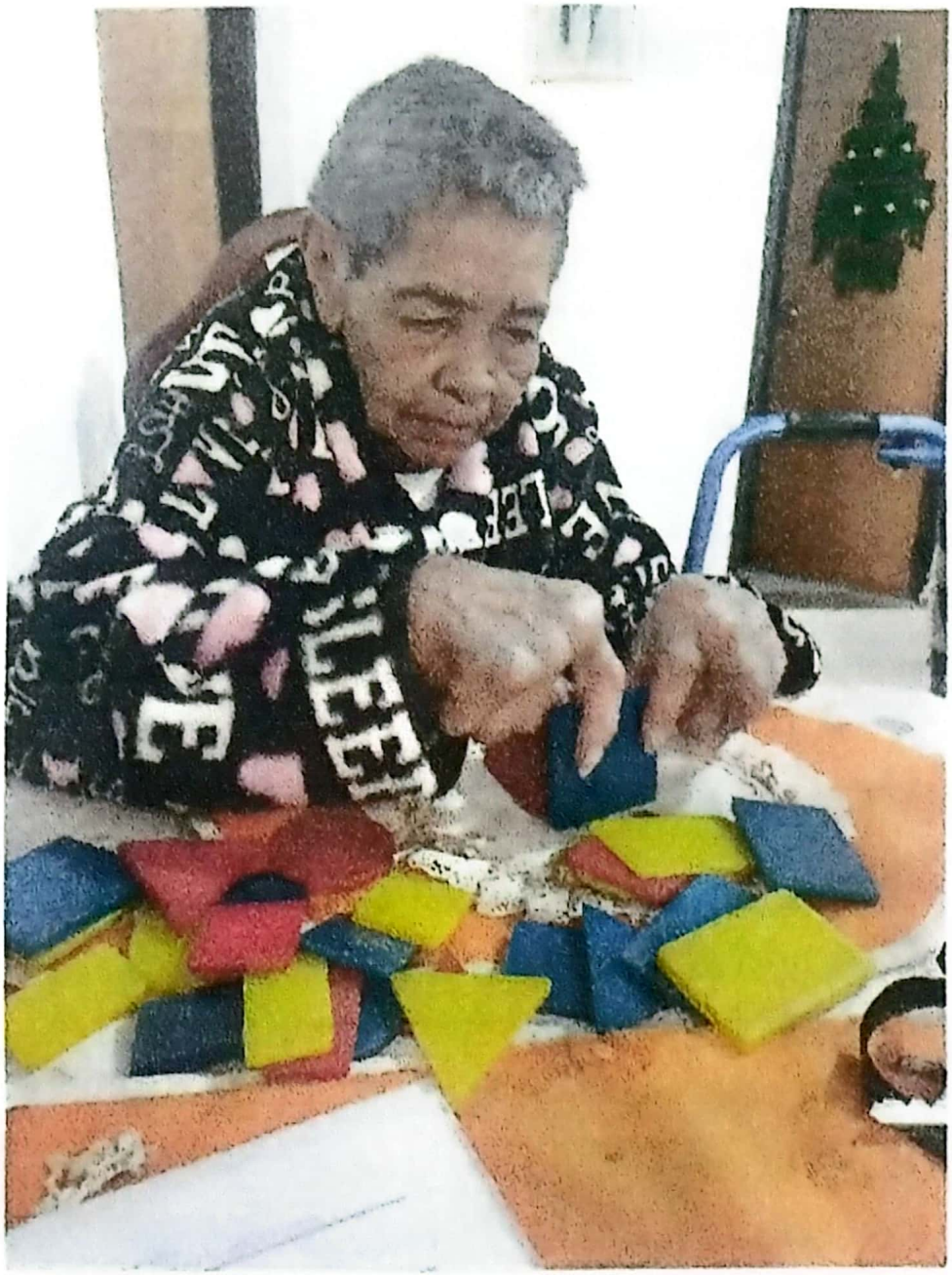
FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
20/08/24	9:00	
21/08/24	9:00	
22/08/24	9:00	
23/08/24	9:00	
26/08/24	9:00	

Powered by CamScanner

0000 032

IRENE QUINTERO

CC 20549097



Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 20549097 Fecha de ingreso: 2024/08/24
Apellidos: Cruntero Nombres: Irene
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 20549097
Fecha de nacimiento: Día: 26 Mes: 08 Año: 1938 sexo:F: X M: Estado civil: Soltera Municipio: Funza Barrio: Mexico
Dirección: Cr 7 A # 18-31 Teléfono fijo: Móvil: 3209421354
Correo electrónico: ocupacion:
Entidad de salud: Colsubsidio funza Vinculación: Subsidiado Empresa:
N° de terapias: 5 Diagnostico: Artritis Reumatica
Acompañante: Henry Sandoval Parentesco: Hijo Teléfono: 3209421354

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: Artritis Reumatica Traumaticos: Fractura de cadera
Toxico-alergicos: Negar Quirúrgicos: Reconstrucción de cadera
Infecciosos: Niega Farmacologios: Loxantan, ASA, Acetaminofen

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	Sem funcional
INSTRUMENTALES	
Comunicación **Comprensión** **Rutina de medicamentos** **Manejo del dinero** **Manejo del transporte** **Manejo del hogar**	Sem funcional
TRABAJO	Sem 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 si mismo					
*destreza para manejar y resolver las dificultades	/				
*Manejo del tiempo					
*Autocontrol	/				
	/				

Concepto ocupacional: Paciente de 65 años con diagnostico
cuidador sanguíneo en AVD dependiente en AVD,
con buenas habilidades cognitivas.
Historia ocupacional: Paciente que realiza actividades
de ocio y esparcimiento.

Nombre del terapeuta: Dra Angelica Gonzalez

Firma: Dra Angelica Gonzalez

N° de registro 1032358223

Powered by CamScanner

0009 037

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Ibeve Quintero **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 20549097 **CIE 10:** M069 **DIAGNOSTICO:** Artritis Reumatoide

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 en uso de patrones musculares y habilidades ocupacionales.

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 semindependencia en AVD.

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 26/08/24 y terminara el día 26/08/24 (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

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

0003 038

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 Ineve Cravero en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 20549097 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

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

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 20/08/24 HORA: 9:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Ireve Quintero Cédula: 20549097

DIAGNOSTICO: Antritis Reumatoidea

DIRECCIÓN: Cr 7A # 18-31 Int 5

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 Garzón Cedula: 1032358873

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Ireve Quintero Cedula: 20549097

Parentesco del paciente: A nombre propio Firma:

Powered by CamScanner

0000 040

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Irene Quintero	N° DOCUMENTO	20549097
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 veridica.

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 20/08/24

Firma: _____

Nombre: Irene Quintero

Número de Identificación: 20549097

Powered by CamScanner

0003 042

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

Fecha 20/08/24 hora 9:00 N° de terapias 5

Nombre: Ineve Quintero Cedula: 20549097

- ✓ **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 Ineve Quintero con N° de cedula 20549097

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 043

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 Irene Quintero identificado con cc 20549094 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: Irene Quintero ***IDENTIFICACION*** 20549094

FIRMA _____

FECHA: 20/08/24 ***HORA:*** 9:00 ***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: Mg Angelica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Irene Quintero ***IDENTIFICACION*** 20749097

FECHA: 2018/24 ***HORA:*** 9:00 ***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: **HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 20.549.097**
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 23:07:16

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	IRENE QUINTERO	
Identificación	CC 20.549.097 Edad: 86 años, 0 meses y 7 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) viernes, 26 de agosto de 1938	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 7A # 18A - 31 INTERIOR 6 MEXICO Teléfono: 3144856321	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	LUZ MERY SANCHEZ Parentesco: HIJA Teléfono: 3209427354	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: 0006 - ECOOPSOS Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (viudo) (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: martes, 20 de agosto de 2024 9:00:40 - EDAD: 86 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 86 años con diagnóstico de artritis reumatoidea.
VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL
HABILIDADES MOTORAS BASICAS
- Amplitud articular: MSD Presente MSI Presente

HABILIDADES MOTORAS GRUESAS
- Posición bípeda:SI

DESPLAZAMIENTO
- Marcha:SI con caminador

HABILIDADES GRAFOMOTORAS
- Dominancia manual: MSD Presente
- Corta con tijeras: MSD Presente MSI Presente
- Realiza una torre: MSD Presente MSI Presente
- Hace garavateo: 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

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

PATRONES FUNCIONALES
- Mano-Cabeza: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Boca: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Cuello: MSD Presente MSI Presente

- Mano-Hombro contralateral: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Hombro IPSI-Lateral: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Espalda: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Gluteo: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Pie: MSD Presente MSI Presente

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

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

HABILIDADES SOCIALES
- Interactúa con otros:SI

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Semi-Independiente
- Vestido: Semi-Independiente
- Higiene menor: Semi-Independiente
- Higiene mayor: Semi-Independiente
- Traslados: Semi-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 Regular MSI Regular
  Depresión: MSD Regular MSI Regular
  Abducción y rotación: MSD Regular MSI Regular
  Aducción: MSD Regular MSI Regular
  Depresión y rotación: MSD Regular MSI Regular
- HOMBRO
  Flexión: MSD Regular MSI Regular
  Extensión: MSD Regular MSI Regular
  Abducción: MSD Regular MSI Regular
  Aducción horizontal: MSD Regular MSI Regular
  Rotación interna: MSD Regular MSI Regular
  Rotación externa: MSD Regular MSI Regular
- CODO
  Flexión: MSD Regular MSI Regular
  Extensión: MSD Regular MSI Regular
- ANTEBRAZO
  Supinación: MSD Regular MSI Regular
  Pronación: MSD Regular MSI Regular
- MUÑECA

Flexión: MSD Regular MSI Regular
Extensión: MSD Regular MSI Regular
- PULGAR
Flexión: MSD Regular MSI Regular
Extensión: MSD Regular MSI Regular
Aducción: MSD Regular MSI Regular
Abducción: MSD Regular MSI Regular
Oponencia: MSD Regular MSI Regular
- DEDOS
Flexión: MSD Regular MSI Regular
Extensión: MSD Regular MSI Regular
Aducción: MSD Regular MSI Regular
Abducción: MSD Regular MSI Regular

OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola sola. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza valoración inicial a paciente de 86 años con diagnóstico de artritis reumatoidea, semindependiente 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 sola. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza valoración inicial a paciente de 86 años con diagnóstico de artritis reumatoidea, semindependiente 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 9:00:12 - EDAD: 86 años, 0 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola sola. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de copia de figura, planeación motora e integración bilateral, denotando adecuada ejecución y tolerancia a la actividad.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola sola. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de copia de figura, planeación motora e integración bilateral, 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: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, 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, 22 de agosto de 2024 9:00:50 - EDAD: 86 años, 0 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola sola. 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 sola. 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: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, 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, 23 de agosto de 2024 9:00:22 - EDAD: 86 años, 0 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 4

CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola sola. 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 sola. 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: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, 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, 26 de agosto de 2024 9:00:18 - EDAD: 86 años, 0 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9 Hora de salida: 10 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola sola. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad en tablero de encajado favoreciendo atención visual, coordinación viso manual, agarre de pinza y precisión, denotando adecuada ejecución y tolerancia a la actividad.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola sola. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad en tablero de encajado favoreciendo atención visual, coordinación viso manual, agarre de pinza y precisión, 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 semindependencia en AVD y AIVD.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273
