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: Manuela Rodriguez 3104133773

DIRECCIÓN: Cr 19A # 11A-27 Int 1 Et 1 Apto 201 **TELÉFONO:** 3228339337 (826854)

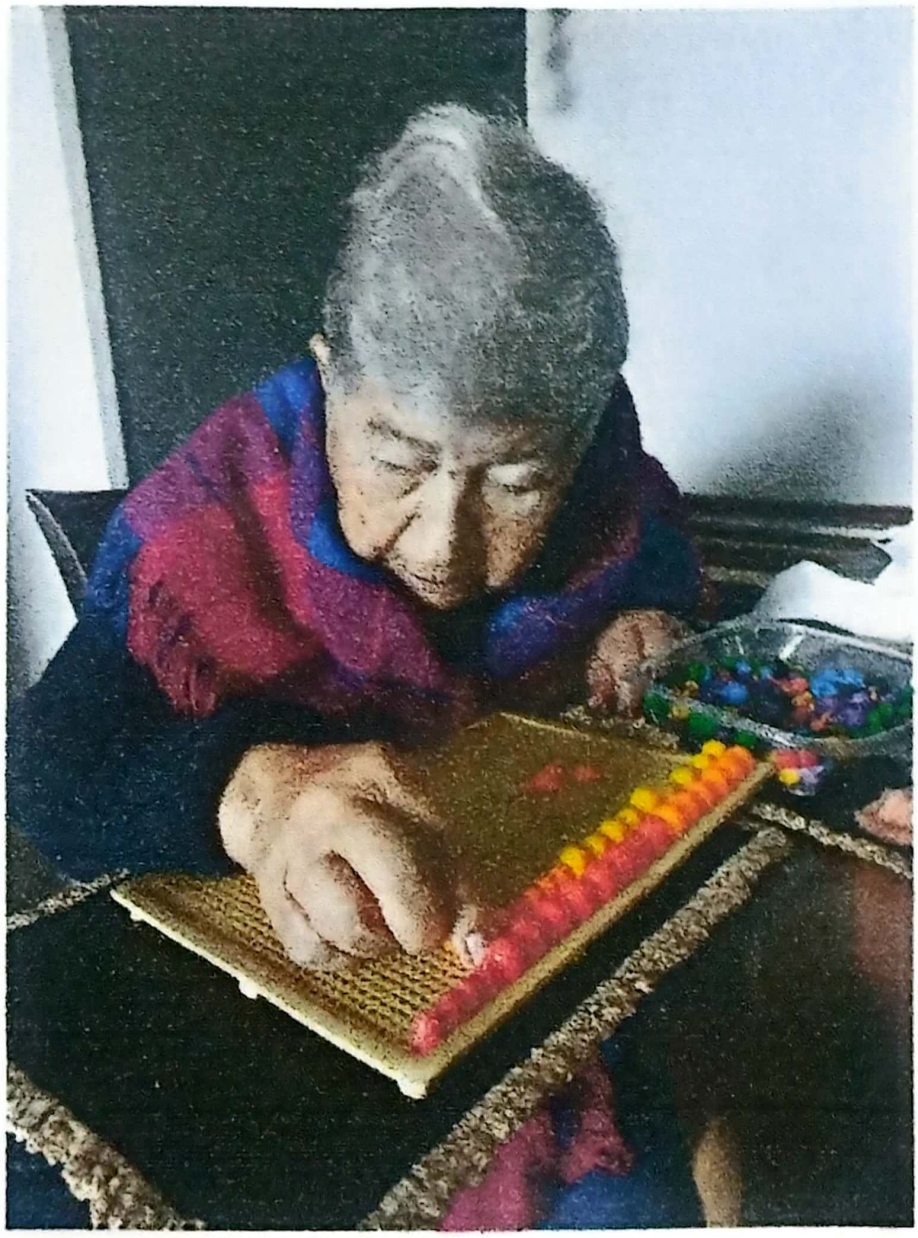
FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
05/08/24	7:00	Rafael A. Flores R.
06/08/24	7:00	Rafael A. Flores R.
08/08/24	7:00	Rafael A. Flores R.
09/08/24	7:00	Rafael A. Flores R.
12/08/24	7:00	Rafael A. Flores R.

Powered by CamScanner

0000 094

MARIELA RODRIGUEZ

CC 20411955



Powered by CamScanner

0000 095

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Wanda Rodriguez TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 20411955 CIE 10: M79 DIAGNOSTICO: Estres

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 ocupacionales y cognitivas"

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

Estimulacion de habilidades"

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)

___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
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 036

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 Rafael Flórez en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 19301991 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.

Rafael A. Flórez n.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Mª Angelica Posada

FIRMA DE LA TERAPEUTA y CC

TP 1052358273

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: 05/08/24 HORA: 7:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Manuela Rodriguez Cédula: 2041195

DIAGNOSTICO: Autismo

DIRECCIÓN: Cra 19A # 15A - 27 Mz 1 Cl 1 Apto 201

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 Angélica Gonzalez Cedula: 1032378273

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Raquel Flórez Cedula: 1930199M

Parentesco del paciente: Hijo Firma: Raquel A. Florez

Powered by CamScanner

0003 003

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Manuela Rodriguez	N° DOCUMENTO	2041195T
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	05/06/24

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 →		60

RIESGO	PUNTAJE	ACCION	
Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermeria	○
Medio	25 a 50	Implementacion del plan de prevencion	○
Alto	mayor a 50	Implementacion de medidas especiales	⊗

Sume los resultados de la escala y escribalo en el cuadro, de acuerdo a esto verifique el nivel de riesgo que tiene el paciente

Powered by CamScanner

Autorización para el tratamiento de datos personales

Usuarios de la IPS

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la IPS HUMANA VITAL S.A.S que:

1. HUMANA VITAL S.A.S actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la política de tratamiento de datos personales de HUMANA VITAL S.A.S que se encuentran en la página web www.humanavital.com
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles.
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos en HUMANA VITAL S.A.S y observando la política de tratamiento de datos personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico 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: Rafael A. Moreno R.

Nombre: Manuela Rodriguez

Número de identificación: 2041195 T

Powered by CamScanner

0000 100

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

Fecha 05/08/24 hora 7:00 N° de terapias 5

Nombre: Manuela Rodriguez Cedula: 1041195

✓ **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 Manuela Rodriguez con N° de cedula 1041195

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

AUTORIZACIÓN

0000 101

Yo Manuela Rodriguez identificado con cc 2041955 *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: Manuela Rodriguez ***IDENTIFICACION*** 2041955

FIRMA Rafael A. Florez.

FECHA: 05/08/24 ***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: Marieta Rodriguez ***IDENTIFICACION*** 20411955

FECHA: 25/08/24 ***HORA:*** 7:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Rafael A. Florez R.
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Rafael A. Florez R.
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Rafael A. Florez R.
PLAN CASERO	Rafael A. Florez R.
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Rafael A. Florez R.

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 22:57:46

HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 20.411.955

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARIELA RODRIGUEZ CORTES	
Identificación	CC 20.411.955 Edad: 90 años, 7 meses y 13 días	
Nacimiento	SANTANDER (SANTANDER) sábado, 20 de enero de 1934	
Residencia	FUNZA Dirección: CR 19 A NRO 19-55 Teléfono: 3228339331	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	ESMERALDA FLORES Parentesco: HIJA Teléfono: 8268597	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: 0001 - MEDICOL 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 7:00:24 - EDAD: 90 años, 7 meses y 13 días
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 su hijo. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se da continuidad del servicio con actividad de agarre de pinza, integración bilateral y encajado en tablero de pines, elaborando la figura acorde a la instrucción brindada.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de su hijo. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se da continuidad del servicio con actividad de agarre de pinza, integración bilateral y encajado en tablero de pines, elaborando la figura acorde a la instrucción brindada.
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: 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: martes, 6 de agosto de 2024 7:00:05 - EDAD: 90 años, 7 meses y 13 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 su hijo. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de coloreado favoreciendo agarre trípode, manejo de espacio, atención y velocidad de ejecución.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de su hijo. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad de coloreado favoreciendo agarre trípode, manejo de espacio, atención 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: jueves, 8 de agosto de 2024 7:00:45 - EDAD: 90 años, 7 meses y 13 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 su hijo. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se da continuidad a la actividad de coloreado, trabajando direccionalidad, fuerza prensil y uniformidad.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de su hijo. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se da continuidad a la actividad de coloreado, trabajando direccionalidad, fuerza prensil y uniformidad.
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 7:00:48 - EDAD: 90 años, 7 meses y 13 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 su hijo. 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 su hijo. 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 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 7:00:48 - EDAD: 90 años, 7 meses y 13 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 su hijo. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad ensartado de chaquiras favoreciendo agarre de pinza, integración bilateral, coordinación viso manual y atención.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio de la paciente, encontrándola en compañía de su hijo. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza actividad ensartado de chaquiras favoreciendo agarre de pinza, integración bilateral, coordinación viso manual y atención.
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: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273
