0000 073

| 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 |

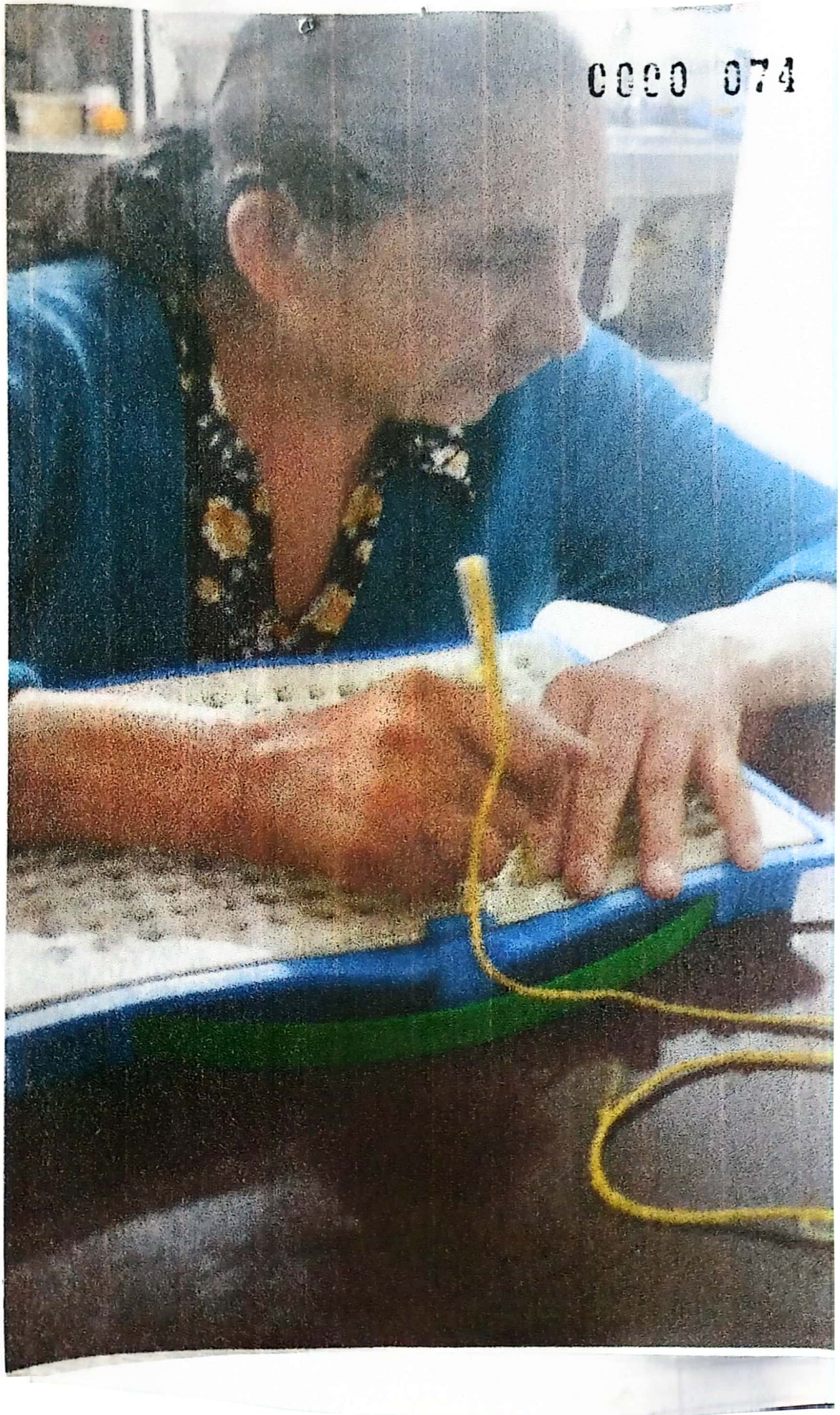
# HOJA DE RUTA DIARIA

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO:** Ana Maria Diaz

**DIRECCIÓN:** cr 22 13-61 **TELÉFONO:** 3118933373

| FECHA | HORA | FIRMA USUARIO |
|---|---|---|
| 16/08/2024 | 11:40 | Flor Elena Hernandez M |
| 19/08/2024 | 11:00 | |
| | | |
| 20/08/2024 | 9:20 | Flor Elena Hernandez M |
| | | |
| 21/08/2024 | 10:20 | |
| 22/08/2024 | 1:06 | |
| 24/08/2024 | 9:00 | |
| 26/08/2024 | 10:20 | |
| 27/08/2024 | 11:00 | |

Powered by CamScanner




Powered by CamScanner

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

## HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 20957972 Fecha de ingreso: 16/08/2024
Apellidos: Diaz Nombres: Ana Maria
Documento de identidad: Tipo: CC Número: Ana 20957972
Fecha de nacimiento: Día: 7 Mes: 08 Año: 1958 sexo:F: X M: ____ Estado civil: Soltera Municipio: Funza Barrio: prados de san Andres
Dirección: cr 22 13-61 Teléfono fijo: — — Móvil: 3118933773
Correo electrónico: — — ocupacion: ____
Entidad de salud: famisanar Vinculación: Subsidiada Empresa: ____
N° de terapias: 7 Diagnostico: retinitis pigmentosa hipoacusia
Acompañante: flor Hernandez Parentesco: cuidador Teléfono: 3142998353

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

Antecedentes:
Patologicos: retinitis pigmentos Traumaticos: ninguno
Toxico-alergicos: ninguno Quirúrgicos: x catarata
Infecciosos: ninguna Farmacologios: ninguno

**ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:**

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

| Actividades de la Vida Diaria | Descripción |
|---|---|
| **BÁSICAS** | |
| **Cuidado Personal** | presenta funcionalidad en su ejecucion para actividades de vestido, baño y alimentacion |
| **Movilidad funcional** | funcional uso bastan guia |



Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| **Locomoción** | funcional patron marcha |
| **INSTRUMENTALES** | |
| **Comunicación**<br>**Comprensión**<br>**Rutina de medicamentos**<br>**Manejo del dinero**<br>**Manejo del transporte**<br>**Manejo del hogar** | apoyo en actividades instrumentales para cuidado del hogar traslados y manejo del transporte |
| **TRABAJO** | no funcional |

**COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL**

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



Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Arco de movimiento | X | | | | |
| *Tono muscular | X | | | | |
| *fuerza | X | | | | |
| *Resistencia | | | | | |
| *Control postural | X | | | | |
| *Integridad de tejidos blandos | X | | | | |
| **Motor** | | | | | |
| *Tolerancia a la actividad | X | | | | |
| *coordinación motora gruesa | X | | | | |
| *Coordinación motora fina | | X | | | |
| *cruzar línea media | | X | | | |
| *Lateralidad | | X | | | |
| *integración bilateral | | X | | | |
| *Control oral motor | | X | | | |
| | | | | | |
| **Integración cognitiva y componentes cognitivos** | **Funcional** | **semifuncional** | **disfuncional** | **No aplica** | **Observaciones** |
| Nivel de alertas a estímulos | | X | | | |
| Orientación | X | | | | |
| Reconocimiento | X | | | | |
| Tiempo de atención | X | | | | |
| Memoria | | X | | | |
| Secuenciación | | X | | | |
| Categorización | | X | | | |
| Formación de conceptos | | X | | | |
| Operaciones intelectuales en el espacio | | X | | | |

**DESTREZAS PSICOSOCIALES Y COMPONENTES PSICOLÓGICOS**

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



Powered by CamScanner

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

Concepto ocupacional: usuria con diagnostico retinitis pigmentosa dis capacidada visual y auditiva presenta desface para desempeño en actividades instrumentales

Historia ocupacional: _____

**Nombre del terapeuta:** Jenny Silva

**Firma:** _____

**N° de registro** 52664540



Powered by CamScanner

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

**NOMBRE DEL PACIENTE:** Ana Maria Diaz **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
**NUMERO DE IDENTIFICACION:** 20957972 **CIE 10:** _____ **DIAGNOSTICO:** retinitis pigmentosa

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: promover mantenimiento de habilidades para desempeño en patron manual actividades de la vida diaria

**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 # 7, enviado por el especialista en Ocupacional (escribir la profesión) con la orden para realizar 7 terapias (escribir # de terapias), es:
promover desempeño actividades instrumentales
promover procesamiento cognitivo
favorecer patron manual funcional o integral

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.) medio. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 16/05/2024 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
✓ 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

0000 020

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 Iolena Hernández M en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # RO1774.485 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 52664540

**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: 16/08/2024 HORA: 11:40

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Maria (Rosa) Diaz cédula: 20957972

DIAGNOSTICO: retinitis pigmentosa

DIRECCIÓN: cr 22 13-61

El domicilio cuenta:

| SERVICIOS | SI | NO |
|---|---|---|
| 1. Acueducto y alcantarillado | ✓ | |
| 2. Luz | ✓ | |
| ESPACIO | | |
| 3. Ventilación óptima | ✓ | |
| 4. Normas de higiene básica | ✓ | |
| 5. Es suficientemente amplio para el paciente, la terapeuta y un acompañante | ✓ | |
| 6. Cuenta con tomas eléctricas en buen estado | ✓ | |
| 7. Normas de seguridad básicas para el paciente (Pisos, baños, escaleras) | ✓ | |
| 8. Muebles del entorno del paciente en buen estado | | |
| 9. Cama en buen estado | ✓ | |
| ACCESO | | |
| 10. Existe medios de transporte que lleguen o aproximen al domicilio. | ✓ | |
| 11. Las vías cerca al domicilio son transitables. | ✓ | |
| 12. El entorno donde se encuentra ubicado el domicilio es seguro (Índice de delincuencia mínima) | ✓ | |

**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: Jenny silva Cedula: 52645410

**La visita fue atendida por:**

NOMBRE: Flor Jolena Fernandez M Cedula: 20'774.485

Parentesco del paciente: Cuidadora Firma: Flor Jolena Fernandez M



Powered by CamScanner

0060 082

| Humana Vital S.A.S | ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE | Actualizado: Enero 2024<br>Aprobrado: Enero 2024 | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | Ana Maria Diaz | **N° DOCUMENTO** | 20957972 |
| **ENTIDAD** | Alcaldia | **FECHA** | 16/08/2024 |

Aplica para toda la poblacion que ingresa a la institucion, de acuerdo con el procedimiento

| VARIABLES | RESULTADO | PUNTAJE |
|---|---|---|
| CAIDA PREVIA | No | 0 X |
| | Si | 25 |
| COMORBILIDADES | No | 0 X |
| | Si | 15 |
| AYUDA PARA DEAMBULAR | Ninguna / Reposo en cama / Asistencia | 0 |
| | Baston / Muleta / Caminador | 15 X |
| | Se apoya en los muebles | 30 |
| VENOLISIS | No | 0 X |
| | Si | 20 |
| MARCHA | Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas | 0 X |
| | Debil | 10 |
| | Limitada | 20 |
| ESTADO MENTAL | Reconoce sus limitaciones | 0 |
| | Sobre estimula u olvida sus limitaciones | 15 X |
| PUNTUACION FINAL Y NIVEL DE RIESGO → | | 30 |

| 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 info@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: 16/08/2024

Firma: Flor Yolena Hernández M.

Nombre: Flor Yolena Hernández M.

Número de identificación: 20'774.485



Powered by CamScanner

0000 084

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

Fecha 16/08/2024 hora 11:40 N° de terapias 7

Nombre: Ana Maria Diaz Cedula: 20957972

✓ **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 Elena Hernandez M con N° de cedula 20'774.485

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 Elena Hernandez M.

Firma del paciente o responsable



Powered by CamScanner

0000 085

## AUTORIZACIÓN

Yo Flor Jolena Hernández M. identificado con cc 20177485. 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:** Ana María Díaz **IDENTIFICACION** 20957972

**FIRMA** Flor Jolena Hernández M.

**FECHA:** 16/08/2021 **HORA:** 11:40 **ALCALDIA** X **PARTICULAR** ____ **ARL** ____

Powered by CamScanner

| Humana Vital S.A.S | PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL<br>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:*** Jenny silva

***NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO:*** Ana Maria Diaz ***IDENTIFICACION*** 20957972

***FECHA:*** 16/08/2024 ***HORA:*** 11:40 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

| DOCUMENTOS ENTREGADOS | FIRMA |
|---|---|
| ***DEBERES Y DERECHOS*** | Flor Yolena Fernandez M. |
| ***CONSENTIMIENTO INFORMADO*** | Flor Yolena Fernandez M. |
| ***POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS*** | Flor Yolena Fernandez M |
| ***PLAN CASERO*** | Flor Yolena Fernandez M. |
| ***AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO*** | Flor Yolena Fernandez M. |

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, jueves, 05 de septiembre de 2024 10:28:17

**HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 20.957.972**

DATOS PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| Nombres y apellidos | ANA MARIA DIAZ | |
| Identificación | CC 20.957.972 Edad: 66 años, 0 meses y 29 días | |
| Nacimiento | SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) jueves, 07 de agosto de 1958 | |
| Residencia | FUNZA Dirección: CRA 22 # 13 - 61 Teléfono: 311893373 | |
| Ocupación | 9998 - NO APLICA Escolaridad: SIN INFORMACION | |
| Responsable | FLOR HERNANDEZ Parentesco: CUIDADOR Teléfono: 3142998353 | |
| Acompañante | FLOR HERNANDEZ Parentesco: CUIDADOR Teléfono: 3142998353 | |
| Entidad | ALCALDIA EAPB: EPS017 - FAMISANAR Tipo usuario: 12 PARTICULAR | |
| Estado civil | SOLTERO (Estrato: 2) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO) | Sexo: MUJER |
| Discapacidad | NINGUNA Religión: OTRO | G.S. y RH: O+ |

FECHA CONSULTA: viernes, 16 de agosto de 2024 11:40:14 - EDAD: 66 años, 0 meses y 29 días
ANTECEDENTES
- PERSONALES: No refiere
- PATOLOGICOS: No refiere
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: No refiere
- QUIRURGICOS: cirugía por cataratas
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Ninguna

MOTIVO DE CONSULTA: usuaria con diagnóstico de retinosis pigmentaria
POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general
ENFERMEDAD ACTUAL: retinosis pigmentaria, hipoacusia
VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL
HABILIDADES MOTORAS BASICAS
- Fuerza muscular: MSD Presente MSI Presente
- Amplitud articular: MSD Presente MSI 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-Glúteo: MSD Presente MSI Presente
- Mano-Pie: MSD Presente MSI Presente

HABILIDADES SENSORIALES
- Percepción visual: NO
- Tolera estímulo propioceptivo: SI
- Tolera estímulo gesticularse
- Tolera cambios de velocidad: NO
- Tolera cambios de dirección: NO
- Ajustes posturales: SI
- Inseguridad postural: SI

- Inseguridad gravitacional: SI
HABILIDADES COGNITIVAS
- Atención: SI
- Concentración: SI
- Comprensión de ordenes: SI
- Memoria: SI
- Orientación en tiempo: SI
- Orientación en espacio: SI
- Iniciativa: SI
HABILIDADES PROCESAMIENTO
- Tolerancia a la actividad: SI
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Independiente
- Vestido: Independiente
- Higiene menor: Independiente
- Higiene mayor: Independiente
- Traslados: Semi-Independiente
- Transferencias: Semi-Independiente
- Hábitos y rutinas: Semi-Independiente
OBSERVACIONES: Ninguna
OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: H359-TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:40 Hora de salida: 12:25 No. de sesión: 1
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza atención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular, Amplitud articular, Sensibilidad, Fortalecimiento de patrones motores, Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateo, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Auditiva, Táctil, Propioceptivo
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de ordenes
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): usuaria con diagnóstico de retinosis pigmentaria discapacidad visual e hipoacusia quien presenta déficit a nivel visual y auditivo restricción en desempeño de actividades instrumentales.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540

FECHA CONSULTA: lunes, 19 de agosto de 2024 11:40:16 - EDAD: 66 años, 0 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:40 Hora de salida: 12:25 No. de sesión: 1
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza atención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes.
usuaria con quien se desarrolla actividad de estimulación táctil para ubicación de objetos por medio del tacto
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H359-TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540

FECHA CONSULTA: martes, 20 de agosto de 2024 9:20:18 - EDAD: 66 años, 0 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:20 Hora de salida: 10:05 No. de sesión: 3
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza atención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas.

usuario con quien se promueve desempeño en patrón manual funcional
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): finaliza sesión se dan indicaciones.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H359-TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540

FECHA CONSULTA: miércoles, 21 de agosto de 2024 10:20:56 - EDAD: 66 años, 0 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:20 Hora de salida: 11:05 No. de sesión: 4
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza atención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración.
usuaria con quien se promueve desempeño en motricidad fina actividad de encajado de pines discriminación en puntos por medio del tacto
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H359-TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540

FECHA CONSULTA: jueves, 22 de agosto de 2024 13:00:55 - EDAD: 66 años, 0 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13:00 Hora de salida: 13:45 No. de sesión: 5
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza atención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Auditiva, Táctil
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de ordenes
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Vestido
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H359-TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540

FECHA CONSULTA: sábado, 24 de agosto de 2024 9:00:01 - EDAD: 66 años, 0 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:00 Hora de salida: 9:45 No. de sesión: 6
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza atención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de ordenes
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad, Tolerancia a la frustración.
usuaria con quien se promueve desempleo en patrón manual funcional e integral para ejecución de actividades de la vida diaria
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): finaliza sesión se dan indicaciones.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H359-TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540

FECHA CONSULTA: lunes, 26 de agosto de 2024 10:20:44 - EDAD: 66 años, 0 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:20 Hora de salida: 11:05 No. de sesión: 7
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza atención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores

HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateo, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de ordenes
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Autocuidado
usuario con quien se promueve sensopercepción destreza en motricidad fina estimulación propioceptiva y táctil
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): finaliza sesión se dan indicaciones
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H359-TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540

FECHA CONSULTA: martes, 27 de agosto de 2024 11:00:47 - EDAD: 66 años, 0 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:00 Hora de salida: 11:45 No. de sesión: 8
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza atención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Rehabilitación funcional de MMSS (miembros superiores)
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateo, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Vestido.
usuaria con quien se promueve destreza en motricidad fina percepción estimulación táctil y propioceptiva actividad de elaboración de manilla con acción de enhebrado
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): finaliza sesión se dan indicaciones.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H359-TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540
---