0000 011

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: Jonathan Castellanos

DIRECCIÓN: Cll 13 #7B-05 **TELÉFONO:** 3123416964

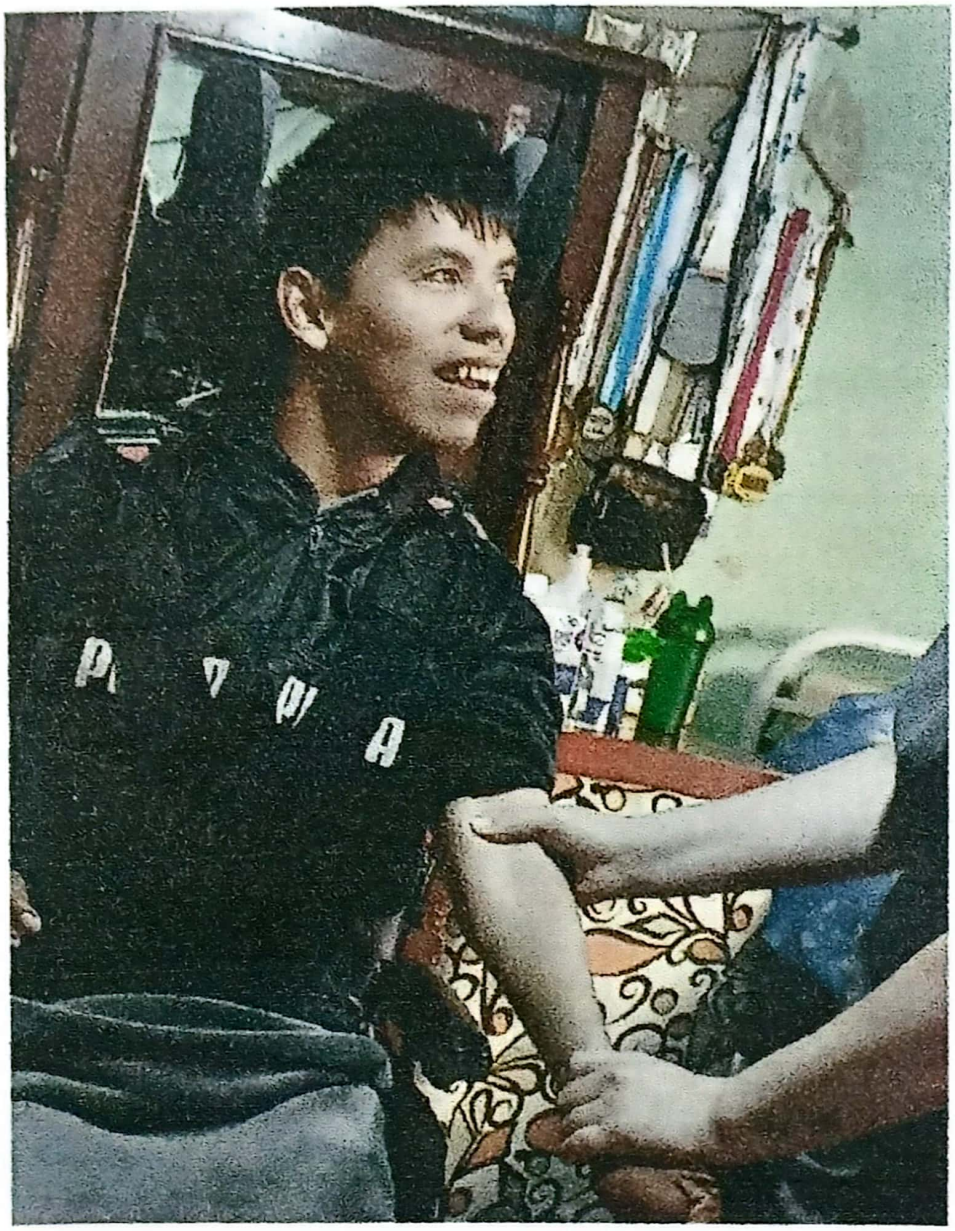
FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
20/08/24	10:00	Luz Marina G.
21/08/24	10:00	Luz Marina G.
22/08/24	10:00	Luz Marina G.
23/08/24	10:00	Luz Marina G.
26/08/24	10:00	Luz Marina G.
27/08/24	10:00	Luz Marina G.

Powered by CamScanner

JONATHAN CASTELLANOS

CC 107351634

0000 012



Powered by CamScanner

0000 013

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 1073514634 Fecha de ingreso: 2024/08/24
Apellidos: Castellanos Espitia Nombres: Jonathan Andrey
Documento de identidad: Tipo: CC Número: 1073514634
Fecha de nacimiento: Día: 14 Mes: 04 Año: 1994 sexo:F: ___ M: X Estado civil: Soltero Municipio: Tunja Barrio: Fernandez
Dirección: Cll 13#7B-03 Teléfono fijo: ___ Móvil: 3123416964
Correo electrónico: ___ ocupacion: ___
Entidad de salud: Famisanar Vinculación: Subsidiado Empresa: ___
N° de terapias: 6 Diagnostico: Parálisis Cerebral Cuadriplejia espastica
Acompañante: Nanua Castellanos Parentesco: Madre Teléfono: 3123416964

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: Parálisis Cerebral Traumaticos: Ninguna
Toxico-alergicos: Noctul Quirúrgicos: Apendicectomia, cirugia de caderas
Infecciosos: Ninguna Farmacologios: Trimebutina, Bicoflexo, Amodelectama,

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

Actividades de la Vida Diaria BÁSICAS	Descripción
Cuidado Personal	NO funcional
Movilidad funcional	NO funcional

Powered by CamScanner

Locomoción	NO funcional
INSTRUMENTALES	
Comunicación **Comprensión** **Rutina de medicamentos** **Manejo del dinero** **Manejo del transporte** **Manejo del hogar**	NO funcional
TRABAJO	Semi funcional

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL

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

Powered by CamScanner

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

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

DESTREZAS PSICOSOCIALES Y COMPONENTES PSICOLÓGICOS

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

Powered by CamScanner

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

Concepto ocupacional: Paciente de 30 años con diagnosti-
cos asociados dependiente en AVD y AVD, con com-
promiso cognitivo.

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

Nombre del terapeuta: TO Angélica Fonseca

Firma: TO Angélica Fonseca

N° de registro 1032376273

Powered by CamScanner

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Jonathan Castellanos TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1023514634 CIE 10: G800 DIAGNOSTICO: Parálisis Cerebral

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 areas de movimiento y habilidades 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:

Conservar habilidades cognitivas

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 20/08/24 y terminara el día 27/08/24 (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 X Estimulación sensorial ___ Manejos de ritmo de trabajo

___ Estimulación cognitiva ___ Cambio de lateralidad X Estimulación motora

___ Adaptación a uso de férulas o prótesis otros: _____

RIESGOS: Durante el tratamiento usted puede sentir malestar e incremento del dolor después del primer día de terapia y con cada ejercicio nuevo usted puede presentar inflamación y dolor.

ALTERNATIVAS: Si usted no desea realizar la terapia siempre tiene la opción de consultar nuevamente a su doctor; para el manejo de dolor debe dirigirse a la clínica de dolor; para restaurar su movilidad funcional consultar una segunda opinión ya sea del ortopedista o del fisiatra.

IMPLICACIÒN: Deberá tener en cuenta que de no realizarse las terapias no tendrá ninguna garantía de recuperar su estado de salud.

Powered by CamScanner

0000 013

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_____ en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad #_____ 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.

Juz esteban
C.C. 1055988246.
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA y CC

TP 1037359273

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: 2023/08/24 HORA: 10:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Jonathan Castellanos Cédula: 1073514634

DIAGNOSTICO: Paralisis Cerebral

DIRECCIÓN: Cll 13 #7B-05

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 Gonzalez Cedula: 1032458253

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Luz Marina Esteban Cedula: 1055988246

Parentesco del paciente: AUX. Enfermeria Firma: Luz Esteban.

Powered by CamScanner

0000 020

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Jonathan Castellanos	N° DOCUMENTO	1073514634
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 →		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

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: 20/08/24

Firma: Luz Esteban.

Nombre: Duarnes Castellanos

Número de identificación: 1073574634

Powered by CamScanner

0000 022

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

Fecha 2024/08/24 hora 10:00 N° de teraplas 6

Nombre: Jonathan Castellanos Cedula: 1073514634

✓ **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 Jonathan Castellanos con N° de cedula 1073514634

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.

Luz Esteban.

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0000 023

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 Jonathan Castellanos identificado con cc 1073574634 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: Jonathan Castellanos ***IDENTIFICACION*** 1073574634

FIRMA Luz Esteban.

FECHA: 20/08/24 ***HORA:*** 10:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Powered by CamScanner

Humana Vitai 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: Jonathan Castellanos ***IDENTIFICACION*** 1073714634

FECHA: 20/08/24 ***HORA:*** 10:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Luz Esteban
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Luz Esteban
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Luz Esteban
PLAN CASERO	Luz Esteban
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Luz Esteban.

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.073.514.634**
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 23:08:44

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	CASTELLANOS GONZALEZ JHONATHAN HARVEY	
Identificación	CC 1.073.514.634 Edad: 30 años, 4 meses y 19 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) jueves, 14 de abril de 1994	
Residencia	FUNZA Dirección: CLL 13 7 B 05 Teléfono: 3123416964/3132441566	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	NO REIERE Parentesco: - Teléfono: 3132441566	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: AL001 - ALCALDIA DE FUNZA Tipo usuario: 05 NO AFILIADO	
Estado civil	CASADO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: HOMBRE
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: martes, 20 de agosto de 2024 10:00:01 - EDAD: 30 años, 4 meses y 19 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 discapacidad de la Alcaldía de Funza.
POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general
ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 30 años con diagnóstico de parálisis cerebral.
VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL
HABILIDADES MOTORAS BASICAS
- Tono muscular aumentado: MSD Presente MSI Presente
- Amplitud articular: MSD Presente MSI Presente

HABILIDADES MOTORAS GRUESAS
- Control cefálico: SÍ

DESPLAZAMIENTO
- Marcha: NO

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

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

PATRONES FUNCIONALES
- Mano-Cabeza: MSD Ausente MSI Ausente
- Mano-Boca: MSD Ausente MSI Ausente

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

HABILIDADES COGNITIVAS
- Atención: SÍ
- Concentración: SÍ
- Comprensión de ordenes: SÍ
- Memoria: SÍ
- Calculo: NO
- Orientación en tiempo: NO
- 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: NO

HABILIDADES SOCIALES
- Interactúa con otros: SÍ

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

OBSERVACIONES: Ninguna

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR
- CUELLO
  Rotación derecha: Regular
  Rotación izquierda: Regular
  Inclinación derecha: Regular
  Inclinación izquierda: Regular
  Flexión: Regular
  Extensión: Regular
- 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 Malo MSI Malo
  Extensión: MSD Malo MSI Malo
  Aducción: MSD Malo MSI Malo
  Abducción: MSD Malo MSI Malo
  Oponencia: MSD Malo MSI Malo
- DEDOS
  Flexión: MSD Malo MSI Malo
  Extensión: MSD Malo MSI Malo
  Aducción: MSD Malo MSI Malo
  Abducción: MSD Malo MSI Malo

OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio del paciente, encontrándolo en compañía de la auxiliar de enfermería. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza valoración inicial a paciente de 30 años con diagnóstico de parálisis cerebral, dependiente AVD y AIVD, con limitación severa patrones integrales y patrones funcionales, fuerza y resistencia; alteración de habilidades cognitivas. 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 del paciente, encontrándolo en compañía de la auxiliar de enfermería. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se realiza valoración inicial a paciente de 30 años con diagnóstico de parálisis cerebral, dependiente AVD y AIVD, con limitación severa patrones integrales y patrones funcionales, fuerza y resistencia; alteración de habilidades cognitivas. 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 10:00:36 - EDAD: 30 años, 4 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio del paciente, encontrándolo en compañía de la auxiliar de enfermería. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se brinda estimulación sensorial con diferentes texturas en miembros superiores, propioceptiva con presión y golpeteo; se realiza actividad cognitiva de evocación de palabras por categoría semántica.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio del paciente, encontrándolo en compañía de la auxiliar de enfermería. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se brinda estimulación sensorial con diferentes texturas en miembros superiores, propioceptiva con presión y golpeteo; se realiza actividad cognitiva de evocación de palabras por categoría semántica.
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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA 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 10:00:09 - EDAD: 30 años, 4 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio del paciente, encontrándolo en compañía de la auxiliar de enfermería. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se brinda estimulación sensorial con diferentes texturas en miembros superiores, propioceptiva con presión y golpeteo; se realiza actividad cognitiva de evocación de palabras por colores.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio del paciente, encontrándolo en compañía de la auxiliar de enfermería. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se brinda estimulación sensorial con diferentes texturas en miembros superiores, propioceptiva con presión y golpeteo; se realiza actividad cognitiva de evocación de palabras por colores.
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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA 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 10:00:48 - EDAD: 30 años, 4 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio del paciente, encontrándolo en compañía de la auxiliar de enfermería. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se brinda estimulación sensorial con diferentes texturas en miembros superiores, propioceptiva con presión y golpeteo; se realiza actividad cognitiva de evocación de palabras por características.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio del paciente, encontrándolo en compañía de la auxiliar de enfermería. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se brinda estimulación sensorial con diferentes texturas en miembros superiores, propioceptiva con presión y golpeteo; se realiza actividad cognitiva de evocación de palabras por características.
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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA 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 10:00:26 - EDAD: 30 años, 4 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio del paciente, encontrándolo en compañía de la auxiliar de enfermería. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se brinda estimulación sensorial con diferentes texturas en miembros superiores, propioceptiva con presión y golpeteo; se realiza actividad cognitiva de evocación de palabras acorde a la adivinanza dada.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio del paciente, encontrándolo en compañía de la auxiliar de enfermería. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se brinda estimulación sensorial con diferentes texturas en miembros superiores, propioceptiva con presión y golpeteo; se realiza actividad cognitiva de evocación de palabras acorde a la adivinanza dada.
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: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273

FECHA CONSULTA: martes, 27 de agosto de 2024 10:00:04 - EDAD: 30 años, 4 meses y 19 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Se ingresa al domicilio del paciente, encontrándolo en compañía de la auxiliar de enfermería. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se brinda estimulación sensorial con diferentes texturas en miembros superiores, propioceptiva con presión y golpeteo; se realiza actividad cognitiva de evocación de palabras por categoría semántica.
TRABAJO REALIZADO: Se ingresa al domicilio del paciente, encontrándolo en compañía de la auxiliar de enfermería. Se realiza el protocolo de lavado de manos y uso de tapabocas. Se brinda estimulación sensorial con diferentes texturas en miembros superiores, propioceptiva con presión y golpeteo; se realiza actividad cognitiva de evocación de palabras por categoría semántica.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se culmina ciclo de terapias evidenciando mantenimiento en las habilidades cognitivas, habilidades motoras finas, amplitud articular y dependencia en AVD y AIVD.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MARIA ANGELICA GONZALEZ FLOREZ CC No. 1.032.358.273 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 1032358273
