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

7

HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Maria oliva olaya · Bustos

DIRECCIÓN: Calle 13A N 28 B - 19 Los Sauces **TELÉFONO:** 3223412797

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
14/08/2024	8:00	
16/08/2024	8:00	
20/08/2024	8:00	
22/08/2024	8:00	
24/08/2024	8:00	
26/08/2024	8:00	
27/08/2024	8:00	

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 38290195 Fecha de ingreso: 14/08/2024
Apellidos: olaya bustos Nombres: maria oliva
Documento de identidad: Tipo: cc Número: 38290195
Fecha de nacimiento: Día: 21 Mes: 03/4 Año: 1975 sexo:F: X M: Estado civil: soltera Municipio: funza Barrio: sauces
Dirección: calle 15A 28B-19 Teléfono fijo: — — — Móvil: 3223412197
Correo electrónico: yayaoo3038@gmail.com ocupacion:
Entidad de salud: NUEVA EPS Vinculación: Subsidiada Empresa:
N° de terapias: Diagnostico: Retraso Mental profundo F788
Acompañante: Claudia olaya Parentesco: Hermana Teléfono: 3223412197

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: a los 6 meses de edad
fecha y hora del accidente de transito:
clínica de atención primaria: puesto salud 7 troses clinica el lago
Exámenes diagnósticos realizados: Tac, resonancia
atención de médicos especialistas: neurologo, urologo, optometra, psicologia y psiquiatra
tratamientos realizados: terapeutico
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias:

Antecedentes:
Patologicos: ninguno Traumaticos: ninguno
Toxico-alergicos: ninguno Quirúrgicos: ninguno
Infecciosos: cistitis Farmacologios: ninguno

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

Actividades de la Vida Diaria BÁSICAS	Descripción
Cuidado Personal	presenta independencia en la ejecución de actividades de vestido baño, alimentación
Movilidad funcional	funcionalidad en patron de marcha.

Powered by CamScanner

0000 038

Locomoción	patrones motores funcionales
INSTRUMENTALES **Comunicación** **Comprensión** **Rutina de medicamentos** **Manejo del dinero** **Manejo del transporte** **Manejo del hogar**	presenta semifuncionalidad ejecucion de rutinas cuidado de hogar apoyo en tareas de organizacion de la casa dependencia para trasladados manejo de 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			baja vision derecho
*Olfativo	X				
*vestibular		X			
*Cognitivo			X		
*Procesamiento sensorial		X			
Destrezas perceptuales					
*Esterognosia	X				
*Respuesta al dolor	X				
*Kinestesia					
*oclusión visual		X			
*Figura-fondo			X		
*Relaciones espaciales			X		
*Esquema Corporal					
Neuromuscular					
*Reflejo					

Powered by CamScanner

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

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			X		
*Iniciación de la actividad			X		
*Terminación de la actividad			X		
*Concepto de si mismo			X		

Powered by CamScanner

0000 040

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

Concepto ocupacional: no presento desempeño en actividades laborales

Historia ocupacional: _____

Nombre del terapeuta: Jenny silva

Firma: _____

N° de registro 52664540

Powered by CamScanner

0000 041

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

NOMBRE DEL PACIENTE: maria oliva olaya **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** cc
NUMERO DE IDENTIFICACION: 38290195 **CIE 10:** f788 **DIAGNOSTICO:** Retraso Mental profundo

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: mantenimiento de habilidades para desempeño en actividades de la vida diaria e. instrumentales.

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 # _____, enviado por el especialista en _____ (escribir la profesión) con la orden para realizar _____ terapias (escribir # de terapias), es:
favorecer desempeño motor grueso fino
favorecer habilidades para desempeño en ABC

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.) _____. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día_____ 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

0090 042

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 Claudia Olaya en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 38286678 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: 28/08/2024 HORA: 8:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria oliva olaya Cédula: 38290195

DIAGNOSTICO: Retardo mental profundo

DIRECCIÓN: Calle 13A 28B -19

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: 52664540

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Claudia Olaya Cedula: 38286678

Parentesco del paciente: hermana. Firma: Claudia Olaya

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Maria oliva olaya	N° DOCUMENTO	38290195
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	28/08/2024

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	X
	Baston / Muleta / Caminador	15	
	Se apoya en los muebles	30	
VENOLISIS	No	0	X
	Si	20	
MARCHA	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas	0	
	Debil	10	X
	Limitada	20	
ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	0	
	Sobre estimula u olvida sus limitaciones	15	X
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	X
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: 28/08/2024

Firma: Claudia Olaya

Nombre: Claudia Olaya

Número de identificación: 38286678

Powered by CamScanner

0000 015

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

Fecha 28/08/2024 hora 8:00 N° de terapias _____

Nombre: Maria oliva olaya CC, PAS, TI, RC, PET, CE: 38290195

✓ **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 Claudia Olaya con N° de cedula 38286678

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

✓ **CONOCIMIENTO DEL PLANO DE EVACUACIÓN Y QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA**

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco **EL PLANO DE EVACUACIÓN Y QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA** de 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

YUDY GARZÓN RUIZ

firma de la representante legal

CC. _____

CC. 52.218.958

Powered by CamScanner

0000 047

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 claudia olaya identificado con cc 38286678 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: Mercedes olaya olaya ***IDENTIFICACION*** 38290195

FIRMA [signature]

FECHA: 28/08/2024 ***HORA:*** 8:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Powered by CamScanner

0000 048

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: Jenny silva

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Mario oliva olaya ***IDENTIFICACION*** 3829095

FECHA: 28/08/2024 ***HORA:*** 8:00 ***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:
FUNZA, jueves, 05 de septiembre de 2024 10:43:43

HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 38.290.195

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARIA OLIVA OLAYA BUSTOS	
Identificación	CC 38.290.195 Edad: 49 años, 4 meses y 15 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) lunes, 21 de abril de 1975	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 15 # 28C - 19 Teléfono: 3223412197	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	CLAUDIA OLAYA Parentesco: HERMANA Teléfono: 3223412197	
Acompañante	CLAUDIA OLAYA Parentesco: HERMANA Teléfono: 3223412197	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS041 - NUEVA EPS 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: miércoles, 14 de agosto de 2024 8:00:04 - EDAD: 49 años, 4 meses y 15 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: usuaria con diagnóstico de retraso mental profundo
POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general
ENFERMEDAD ACTUAL: retraso mental profundo
VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL
HABILIDADES MOTORAS BASICAS
- Tono muscular disminuido: 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
- Fijación visual: SI
- Seguimiento visual: SI
- Seguimiento auditivo: SI
- Tolera estímulo propioceptivo: SI
- Tolera estímulo vesticular:NO
- Tolera cambios de velocidad: NO
- Tolera cambios de dirección: NO

- Ajustes posturales: SI
- Inseguridad postural: SI
- Inseguridad gravitacional: SI
HABILIDADES COGNITIVAS
- Atención: SI
- Concentración: NO
- Memoria: NO
- Calculo: NO
- Orientación en tiempo: NO
- Orientación en espacio: NO
- Iniciativa: NO
HABILIDADES PROCESAMIENTO
- Tolerancia a la actividad: SI
- Tolerancia a la frustración: SI
- Seguimiento de instrucciones: SI
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Independiente
- Vestido: Independiente
- Higiene menor: Semi-Independiente
- Higiene mayor: Semi-Independiente
- Traslados: Semi-Independiente
- Transferencias: Semi-Independiente
- Hábitos y rutinas: Semi-Independiente
OBSERVACIONES: Ninguna
OBSERVACIONES: Ninguna
DIAGNÓSTICOS
Principal: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 8:45 No. de sesión: 1
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Dominancia manual, Garabateo, Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo, Vestibular
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Manejo de la patología.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): usuaria con diagnóstico de retraso mental profundo quien presenta déficit en procesamientos cognitivos para periodos de atención seguimiento de instrucciones con restricción en desempleo de actividades de la vida diaria e 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: viernes, 16 de agosto de 2024 8:00:34 - EDAD: 49 años, 4 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 8:45 No. de sesión: 2
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Visual, Auditiva, Táctil, Propioceptivo
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración, Comprensión de órdenes.
usuaria con quien se desarrolla actividad de encajado con discriminación de color fuerzo en atención percepción visual
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: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO 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 8:00:34 - EDAD: 49 años, 4 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 8:45 No. de sesión: 3
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.

TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo.
usuaria con quien se promueve patrón motor para miembros superiores actividad de ejercicios con uso de banda elástica
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: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO 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 8:00:44 - EDAD: 49 años, 4 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 8:45 No. de sesión: 4
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza, Rasgado de papel, Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas.
usuaria con quien se promueve desempeño en patrón manual actividad de ubicacion de cauchos en geoplano
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: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO 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 8:00:32 - EDAD: 49 años, 4 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 8:45 No. de sesión: 5
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Enhebrado/Encajado, Precisión y destreza
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo
HABILIDADES COGNITIVAS: Atención, Concentración.
usuario con quien se promueve desempleo en motricidad fina para praxias motoras actividad 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: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO 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 8:00:44 - EDAD: 49 años, 4 meses y 15 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 8:45 No. de sesión: 6
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: 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, Tolerancia a la frustración
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Manejo de la patología.
usuaria con quien se desarrolla actividad de percepción visual estimulación cognitiva discriminación de iguales en imagen
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: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO 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 8:00:44 - EDAD: 49 años, 4 meses y 15 días

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 8:45 No. de sesión: 7
CONDUCTA: usuaria con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Tono muscular, Fuerza muscular
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: 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: Seguimiento de instrucciones
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Manejo de la patología.
usuaria con quien se promueve estimulación cognitiva, desempeño en patrones manuales funcionales e integrales para desempeño en 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: F738-RETRASO MENTAL PROFUNDO: OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540
