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

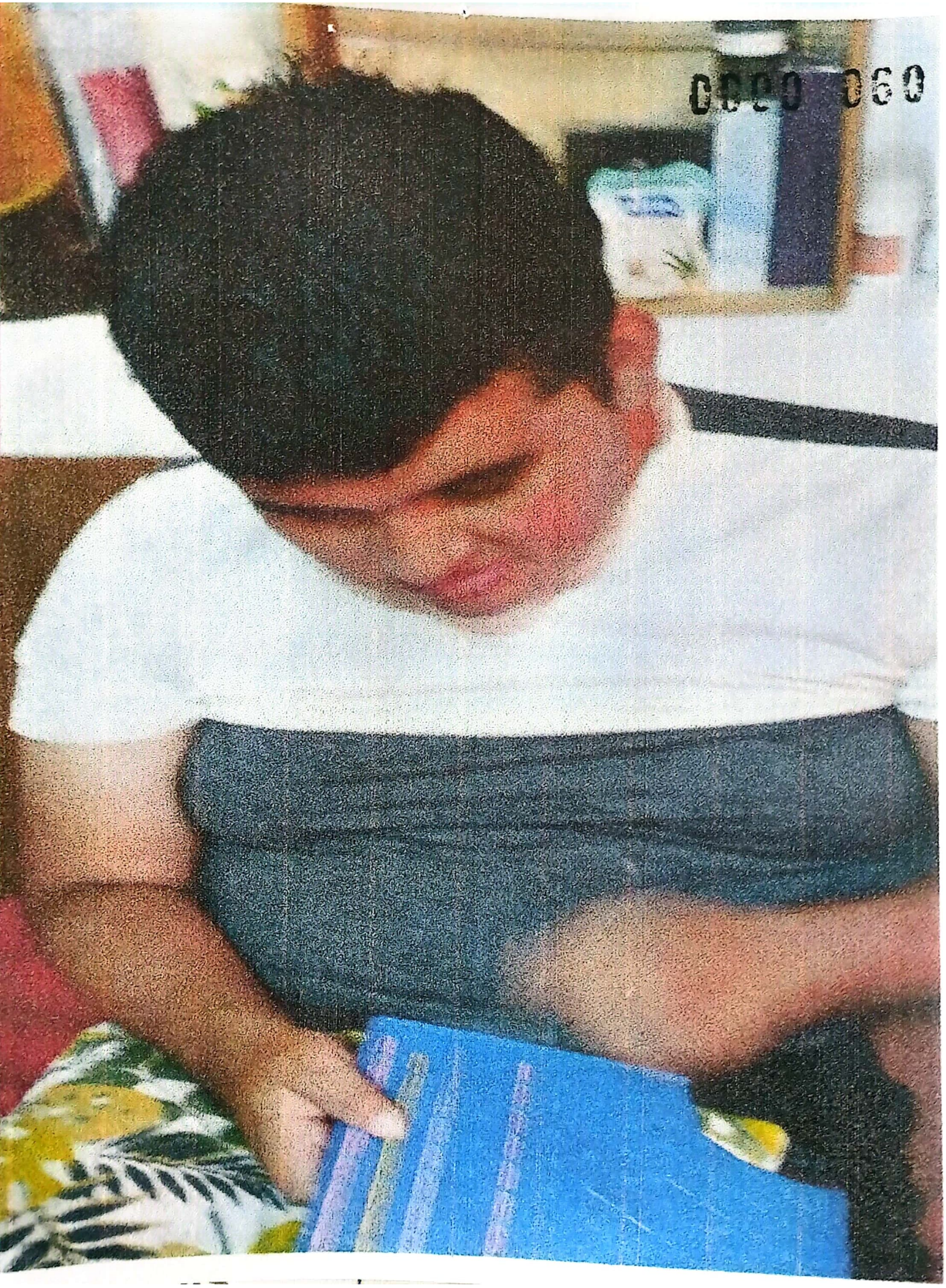
HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Marlon Santiago Ramirez Hernandez

DIRECCIÓN: cll 9 3 BIS 16 IN 1 **TELÉFONO:** 3133569371

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
14/08/2024	3:00	Olga Y.
16/08/2024	2:45	Olga Y
20/08/2024	3:05	Olga Hernández
22/8/2024	2:45	Olga Hernandez
24/08/2024	12:25	Olga Hernandez
26/08/2024	3:00	Olga Y.
27/08/2024	2:50	Olga Y

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Historia N° 1073524995 Fecha de ingreso: 14 | 08 | 2024
Apellidos: Ramirez Hernandez Nombres: Marlon Santiago
Documento de identidad: Tipo: cc Número: 1073524995
Fecha de nacimiento: Día: 30 Mes: 06 Año: 1998 sexo:F: X M: Estado civil: Soltero Municipio: Funza Barrio:
Dirección: cll 9 3Bis 16 Teléfono fijo: 3133569377 Móvil:
Correo electrónico: olgajanet1986@hotmail.com ocupacion:
Entidad de salud: famisanar. Vinculación: Beneficiario Empresa:
N° de terapias: 1 Diagnostico: Autismo, epilepsia
Acompañante: olga Hernandez Parentesco: mama Teléfono: 3133569377

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: neurologia
tratamientos realizados: farmacologico terapeutico
Recomendaciones dadas hasta la fecha de ingreso de las terapias:

Antecedentes:
Patologicos: Traumaticos: ninguno
Toxico-alergicos: ninguno Quirúrgicos: -Extraccion cordales
Infecciosos: ninguna Farmacologios: clonazepan 20, olanzapina risperidona. aripiprazol

ÁREA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

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

Actividades de la Vida Diaria BÁSICAS	Descripción
Cuidado Personal	acompañamiento constante para su ejecución se apoya en vestido y alimentacion independiente
Movilidad funcional	funcional con patron de marcha

Powered by CamScanner

Locomoción	adecuado patron motor
INSTRUMENTALES **Comunicación** **Comprensión** **Rutina de medicamentos** **Manejo del dinero** **Manejo del transporte** **Manejo del hogar**	dependencia para cuidado del hogar toma de medicamentos y trastados.
TRABAJO	no 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

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

*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				X	

Powered by CamScanner

0000 004

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

Concepto ocupacional: usuario con diagnostico de autismo restriccion en actividades de la vidadiaria

Historia ocupacional: _____

Nombre del terapeuta: Jenny silva

Firma: _____

N° de registro 52664540

Powered by CamScanner

0009 005

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Marlon Santiago Ramirez **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1073524995 **CIE 10:** F841 **DIAGNOSTICO:** Autismo

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 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 # 7, enviado por el especialista en T.ocupacional (escribir la profesión) con la orden para realizar 7 terapias (escribir # de terapias), es: promove integración sensorial favorecer desempeño en actividades de la vida diaria

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.) Medico. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 14/08/2024 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

CC99 B8S

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 Olga Hernandez en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 52617598 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.

Olga

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: 14/08/2024 HORA: 3:06

NOMBRE DEL PACIENTE: Marlon Santiago Cédula: 1073524995

DIAGNOSTICO: Autismo - epilepsia

DIRECCIÓN: cll 9 3 Bis

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: Olga Hernandez Cedula: 52617598

Parentesco del paciente: Madre Firma: Olga

Powered by CamScanner

0000 008

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Marlon Santiago	N° DOCUMENTO	1073524995
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	14/08/2024

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 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 →		15

RIESGO	PUNTAJE	ACCION
Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermeria (X)
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: 14/08/2024

Firma: Olga H

Nombre: Olga Hernandez

Número de identificación: 52 617 598

Powered by CamScanner

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

Fecha 14/08/2024 hora 8:00 N° de terapias 7

Nombre: Marlon Santiago CC, PAS, TI, RC, PET, CE: _____

✓ **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 Olga Hernandez con N° de cedula 52 617 598

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.

Olga

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.

Olga

Firma del paciente o responsable

YUDY GARZÓN RUIZ

firma de la representante legal

CC. 52 617 598

CC. 52.218.958

Powered by CamScanner

0010 071

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 Olga Hernandez identificado con cc 52 617 598 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: Marlon Santiago ***IDENTIFICACION*** 1073524995

FIRMA _____

FECHA: 14/08/24 ***HORA:*** 3:00 ***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: Jenny Silva

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: _____ ***IDENTIFICACION*** 1073524995

FECHA: 14/08/2024 ***HORA:*** 3:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Olga H
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Olga H
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Olga H
PLAN CASERO	Olga H
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, jueves, 05 de septiembre de 2024 10:24:27

HISTORIA CLINICA TERAPIA OCUPACIONAL No. 1.073.524.995

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARLON SANTIAGO RAMIREZ HERNANDEZ	
Identificación	CC 1.073.524.995 Edad: 26 años, 2 meses y 6 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) martes, 30 de junio de 1998	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 9 # 3BIS - 16 Teléfono: 3133569371	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	OLGA HERNANDEZ Parentesco: MAMÁ Teléfono: 3133569371	
Acompañante	OLGA HERNANDEZ Parentesco: MAMÁ Teléfono: 3133569371	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS017 - FAMISANAR Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (Estrato: 2) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: HOMBRE
Discapacidad	NINGUNA Religión: OTRO	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: miércoles, 14 de agosto de 2024 15:00:26 - EDAD: 26 años, 2 meses y 6 días
ANTECEDENTES
- PERSONALES: No refiere
- PATOLOGICOS: No refiere
- FAMILIARES: No refiere
- FARMACOLOGICOS: clonazepan, lacosamida ariprazol
- QUIRURGICOS: extracción de cordales
- COMUNICATIVOS: No refiere
- OBSERVACIONES: Ninguna

MOTIVO DE CONSULTA: usuario con diagnóstico de autismo y epilepsia
POSIBLE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad general
ENFERMEDAD ACTUAL: autismo epilepsia
VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL
HABILIDADES MOTORAS BASICAS
- 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: NO
- Seguimiento auditivo: SI
- Tolera estímulo propioceptivo: SI
- Tolera estímulo gesticularse
- Tolera cambios de velocidad: SI
- Ajustes posturales: SI
- Inseguridad postural: SI

HABILIDADES COGNITIVAS

- Atención: NO
- Concentración: NO
- Memoria: NO
- Calculo: NO
- Orientación en tiempo: NO
- Orientación en espacio: NO
- Iniciativa: NO
- Imitación creatividad: NO

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

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- Alimentación: Semi-Independiente
- Vestido: Semi-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: F841-AUTISMO ATIPICO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15:00 Hora de salida: 15:45 No. de sesión: 1
CONDUCTA: usuario 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, Fuerza en agarres
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: Manejo de la patología
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): usuario con diagnóstico autismo quien presenta déficit cognitivo con restricción en desempeño 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 14:45:22 - EDAD: 26 años, 2 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14:45 Hora de salida: 15:30 No. de sesión: 2
CONDUCTA: usuario 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.
usuario con quien se promueve habilidad motora para miembros superiores actividad 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: F841-AUTISMO ATIPICO 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 15:05:24 - EDAD: 26 años, 2 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 13:05 Hora de salida: 13:50 No. de sesión: 3
CONDUCTA: usuario 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
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Seguimiento de instrucciones.
usuario con quien se desarrolla actividad de encajado con discriminación de color clasificación destreza en coordinación
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: F841-AUTISMO ATIPICO 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 12:45:11 - EDAD: 26 años, 2 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14:45 Hora de salida: 15:30 No. de sesión: 4
CONDUCTA: usuario con quien se realiza intervención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: HABILIDADES MOTORAS BASICAS: Fortalecimiento de patrones motores
HABILIDADES GRAFOMOTORAS: Fuerza en agarres
PATRONES INTEGRALES: Alcanzar, Lanzar, Agarres, Enganche, Pinzas
HABILIDADES SENSORIALES: Táctil, Propioceptivo.
usuario con quien se promueve patrón manual destreza en motricidad fina actividad 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: F841-AUTISMO ATIPICO 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 12:25:12 - EDAD: 26 años, 2 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:25 Hora de salida: 13:10 No. de sesión: 5
CONDUCTA: usuario 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 ordenes
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Tolerancia a la actividad
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Manejo de la patología.
usuario con quien se desarrolla actividad de encajada destreza en coordinación óculo manual
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: F841-AUTISMO ATIPICO 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 15:00:42 - EDAD: 26 años, 2 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15:00 Hora de salida: 15:45 No. de sesión: 6
CONDUCTA: usuario con quien se realiza atención domiciliaria se encuentra en adecuadas condiciones.
TRABAJO REALIZADO: 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, Comprensión de ordenes
HABILIDADES PROCESAMIENTO: Seguimiento de instrucciones.
usuario con quien se promueve percepción visual actividad de encajado en clasificación por color refuerzo en seguimiento de instrucciones.
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: F841-AUTISMO ATIPICO 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 14:50:52 - EDAD: 26 años, 2 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14:50 Hora de salida: 15:35 No. de sesión: 7
CONDUCTA: usuario 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: 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.
usuario con quien se promueve estimulación cognitiva para seguimiento de instrucciones percepción visual, desempeño en patrones motores destrezas en habilidad manual motricidad fina
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: F841-AUTISMO ATIPICO Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). JENNY CONSTANZA SILVA SUAREZ CC No. 52.664.540 - TERAPIA OCUPACIONAL - R.M. 52664540
