0000233

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: Jose Antonio Diaz D.

DIRECCIÓN: Carrera 8 # 12 - 65 **TELÉFONO:** 3138257920

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
8/08/2024	9:00 am	José Antonio Diaz D
9/08/2024	9:00 am.	José Antonio Diaz
12/08/2024	9:00 am	GLADYS MARCELA A.
13/08/2024	9:00 am	José Antonio Diaz
14/08/2024	9:00 am	José Antonio Diaz D
15/08/2024	9:00 am	José Antonio Diaz
16/08/2024	9:00 am	José Antonio Diaz Diaz

Powered by CamScanner

JOSE ANTONIO DIAZ



Powered by CamScanner

0000 035

Humana Vital S.A.S	CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 8/08/2024	CIUDAD: Funza

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Antonio Diaz Diaz. **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC.
NUMERO DE IDENTIFICACION: 7350249 **CIE 10:** _____ **DIAGNOSTICO:** _____

Este documento sirve para que usted o quien lo represente, de su consentimiento para el tratamiento de fisioterapia, 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: Mejorar las capacidades condicionales y coordinativas que favorezca la ejecución de actividades cotidianas.

BENEFICIOS: Los beneficios que obtendrá de la realización de la terapia serán: Disminución del dolor local, disminución de la inflamación en el área afectada, incremento de arcos de movilidad articular, aumento de fuerza muscular, aumento de propiocepción, entre otros.

Los beneficios a corto plazo que se desarrollará en el ciclo de terapias # 3, enviado por el especialista en fisioterapia (escribir la profesión) con la orden para realizar _____ terapias (escribir # de terapias), es:

Favorecer transferencia de decubito a sedente y bipedo.

Para lograr el objetivo propuesto, la terapia se debe realizar de manera (describa la continuidad de las terapias en días; diario, día de por medio, etc.) diario. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día_____ y terminara el día_____ (escriba la fecha de inicio y finalización de la terapia formato DD-MM-AA)

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (A usted se le realizara lo que se encuentra marcado con un x en la línea Izquierda)

__✓__ Terapia sedativa: Masaje, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia. En este caso a usted se le va a omitir; _____

__✓__ Movilidad articular __✓__ Ejercicios activos __✓__ Ejercicios pasivos __✓__ Fortalecimiento muscular
__✓__ Estiramientos musculares ___ Ejercicios propioceptivos ___ Entrenamiento de marcha ___ Higiene postural

Otros _____

RIESGOS: Durante el tratamiento usted puede sentir malestar e incremento del dolor después del primer día de fisioterapia 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.

Powered by CamScanner

0000 226

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

HUMANA VITAL S.A.S no se hace responsable del tratamiento si usted no cumple con el numero 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 Jose Antonio Diaz. en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 7350249 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.

JOSÉ A Diaz

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Karen Prieto

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 2403

DESENTIMIENTO: Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no deriva ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención. De acuerdo la Información antes mencionada, usted decide desistir del tratamiento terapéutico, si es así firme a continuación

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP

Powered by CamScanner

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 8/08/2024 HORA: 9:00 am

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Antonio Diaz. Cédula: 7350249

DIAGNOSTICO: _____

DIRECCIÓN: Carrera 8 # 12 - 65

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: Karen Pineda Cedula: 1073518716

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Jose Antonio Diaz. Cedula: 7350249

Parentesco del paciente: — Firma: JOSE ANTONIO

Powered by CamScanner

0000 238

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Jose Antonio Diaz	N° DOCUMENTO	7350249
ENTIDAD	Alcaldia.	FECHA	8/08/2024

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 →		65

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: 8/08/2024.

Firma: José Antonio Díaz

Nombre: José Antonio Díaz.

Número de identificación: 7350249

Powered by CamScanner

0000 240

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

Fecha 8/08/2024 hora 9:00 am N° de terapias 2

Nombre: Jose Antonio Diaz Cedula: 7350249

✓ **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 Jose Antonio Diaz con N° de cedula 7350249

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.

Jose Antonio Diaz

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

AUTORIZACIÓN

0000 2

Yo Jose Antonio Diaz. identificado con cc 7350249 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: Jose Antonio Diaz. **IDENTIFICACION** 7350249

FIRMA [signature]

FECHA: 8/8/24 **HORA:** 9:00 am **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

0000 212

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Karen Prieto

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Jose Antonio Diaz ***IDENTIFICACION*** 73502149

FECHA: 8/8/24 ***HORA:*** 9:00 am ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Jose A D
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Jose A D
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Jose A D
PLAN CASERO	Jose A D
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Jose A D

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 7.350.249**
FUNZA, martes, 03 de septiembre de 2024 22:20:06

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JOSE ANTONIO DIAZ DIAZ	
Identificación	CC 7.350.249 Edad: 56 años, 3 meses y 23 días	
Nacimiento	----- (SIN INFORMACION) sábado, 11 de mayo de 1968	
Residencia	SERREZUELITA Dirección: CR 8 NRO 12-65 Teléfono: 3138257920	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	GLADYS Parentesco: ESPOSA Teléfono: 3138257920	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	CASADO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: HOMBRE
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: jueves, 8 de agosto de 2024 21:38:14 - EDAD: 56 años, 3 meses y 23 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realiza posicionamiento en bípedo con soporte manual, se realiza elevación de rodilla izquierda y descargas de peso a extremidades inferiores con 15 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente que finaliza tratamiento por fisioterapia por continuidad, a la valoración se encontró:
-No realiza marcha, se desplaza en silla de ruedas desplazada por tercera persona
-Inflamación de 1 cm en rodilla izquierda
-Estabilidad y equilibrio con alteración severa
-Dolor en región lumbar, muslo y rodilla izquierda con una intensidad de 6/10 según EAV Frecuencia: Constante
-Arcos de movilidad hacia:
CADERA -> FLEXION: derecho: 100° FLEXION: izquierdo: 80° EXTENSION: derecho: 20° EXTENSION: izquierdo: 10° Abd: derecho: 30° Abd: izquierdo: 10° Add: derecho: 10° Add: izquierdo: 5°
RODILLA -> FLEXION: derecho: 100° FLEXION: izquierdo: 80° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: -15°
CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: 10° DORSIFLEXION: izquierdo: 0° PLANTIFLEXION: derecho: 20° PLANTIFLEXION: izquierdo: 20° INVERSION: derecho: 10° INVERSION: izquierdo: 10° EVERSION: derecho: 5° EVERSION: izquierdo: 0°
COLUMNA -> Lumbar FLEXION: derecho: 30° FLEXION: izquierdo: 30° EXTENSION: derecho: 10° EXTENSION: izquierdo: 10° INCLINACION: derecho: 10° INCLINACION: izquierdo: 10°
-Fuerza muscular para:
Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Extensión Musculo: Glúteo mayor Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación interna Musculo: Tensor de la fascia lata, Obturador interno, Glúteo menor Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación externa Musculo: Obturador externo, Cuadrado crural Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Abducción Musculo: Sartorio, Glúteo medio Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Aducción Musculo: Aductores Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps crural, Semitendinoso, Semimembranoso Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Inversión Musculo: Tibial posterior Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Eversión Musculo: Peroneo lateral largo, Peroneo lateral corto Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Dorsiflexión Musculo: Tibial anterior, Tibial posterior Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Plantiflexión Musculo: Gemelos, Soleo Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
-Retracciones musculares para:
Columna cervical: TRAPECIO FIBRAS SUPERIORES, COMPLEXO MAYOR, ESPLENIO DE LA CABEZA, ESPLENIO DEL CUELLO
Columna lumbar: CUADRADO DE LOS LOMOS M
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M511-TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: viernes, 9 de agosto de 2024 21:44:55 - EDAD: 56 años, 3 meses y 23 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realizan movilizaciones de extremidades inferiores hacia flexión, extensión y abducción de cadera realizando 15 repeticiones, se coloca electroestimulación en tibial anterior para favorecer la movilidad de cuello de pie
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Seguir las recomendaciones del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M511-TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: lunes, 12 de agosto de 2024 21:47:47 - EDAD: 56 años, 3 meses y 23 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realiza posicionamiento en bípedo, ejercicios de movilidad activa de extremidades inferiores en decúbito supino realizando 15 repeticiones, se coloca vibración en extremidades inferiores por 7 minutos
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Seguir las recomendaciones del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M511-TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: martes, 13 de agosto de 2024 21:49:53 - EDAD: 56 años, 3 meses y 23 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realiza posicionamiento en bípedo con soporte manual en donde se realizan movimientos activos de extremidades superiores y retroalimentación de la alineación postural
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Seguir las recomendaciones del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M511-TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: miércoles, 14 de agosto de 2024 21:52:45 - EDAD: 56 años, 3 meses y 23 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Cadera: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se coloca vibración en región lumbar, se realiza masaje descontracturante a tolerancia del paciente
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Seguir las recomendaciones del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M511-TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: jueves, 15 de agosto de 2024 21:46:43 - EDAD: 56 años, 3 meses y 23 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realiza posicionamiento del paciente en bípedo con soporte manual realizando descargas de peso hacia alteración y anterior y posterior realizando 15 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Seguir las recomendaciones del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M511-TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: viernes, 16 de agosto de 2024 21:54:24 - EDAD: 56 años, 3 meses y 23 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 Hora de salida: 11 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realiza posicionamiento en bípedo con movimientos activos de rodillas realizando 10 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente que finaliza tratamiento por fisioterapia, a la valoración se encontró:
-No realiza marcha, se desplaza en silla de ruedas desplazada por tercera persona
-Inflamación se mantiene de 1 cm en rodilla izquierda
-Estabilidad y equilibrio estático mejoro el 5%
-Dolor en región lumbar, muslo y rodilla izquierda se mantiene con una intensidad de 6/10 según EAV Frecuencia: Constante
-Arcos de movilidad se mantienen hacia:
CADERA -> FLEXION: derecho: 100° FLEXION: izquierdo: 80° EXTENSION: derecho: 20° EXTENSION: izquierdo: 10° Abd: derecho: 30° Abd: izquierdo: 10° Add: derecho: 10° Add: izquierdo: 5°
RODILLA -> FLEXION: derecho: 100° FLEXION: izquierdo: 80° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: -15°
CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: 10° DORSIFLEXION: izquierdo: 0° PLANTIFLEXION: derecho: 20° PLANTIFLEXION: izquierdo: 20° INVERSION: derecho: 10° INVERSION: izquierdo: 10° EVERSION: derecho: 5° EVERSION: izquierdo: 0°
COLUMNA -> Lumbar FLEXION: derecho: 30° FLEXION: izquierdo: 30° EXTENSION: derecho: 10° EXTENSION: izquierdo: 10° INCLINACION: derecho: 10° INCLINACION: izquierdo: 10°
-Fuerza muscular se mantiene para:
Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Extensión Musculo: Glúteo mayor Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación interna Musculo: Tensor de la fascia lata, Obturador interno, Glúteo menor Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación externa Musculo: Obturador externo, Cuadrado crural Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Abducción Musculo: Sartorio, Glúteo medio Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Aducción Musculo: Aductores Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps crural, Semitendinoso, Semimembranoso Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2- Calificación izquierda: 2-
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Inversión Musculo: Tibial posterior Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+

Articulación: Cuello de pie Movimiento: Eversión Musculo: Peroneo lateral largo, Peroneo lateral corto Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Dorsiflexión Musculo: Tibial anterior, Tibial posterior Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Plantiflexión Musculo: Gemelos, Soleo Calificación derecha: 1+ Calificación izquierda: 1+
-Disminución de retracciones musculares para:
Columna cervical: TRAPECIO FIBRAS SUPERIORES, COMPLEXO MAYOR, ESPLENIO DE LA CABEZA, ESPLENIO DEL CUELLO
Columna lumbar: CUADRADO DE LOS LOMOS M

SE RECOMIENDA ASISTIR A CONTROL CON MEDICO TRATANTE, SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN CASERO Y SEGUIR CON TRATAMIENTO POR FISIOTERAPIA
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M511-TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403
