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 Ignacio Garcia

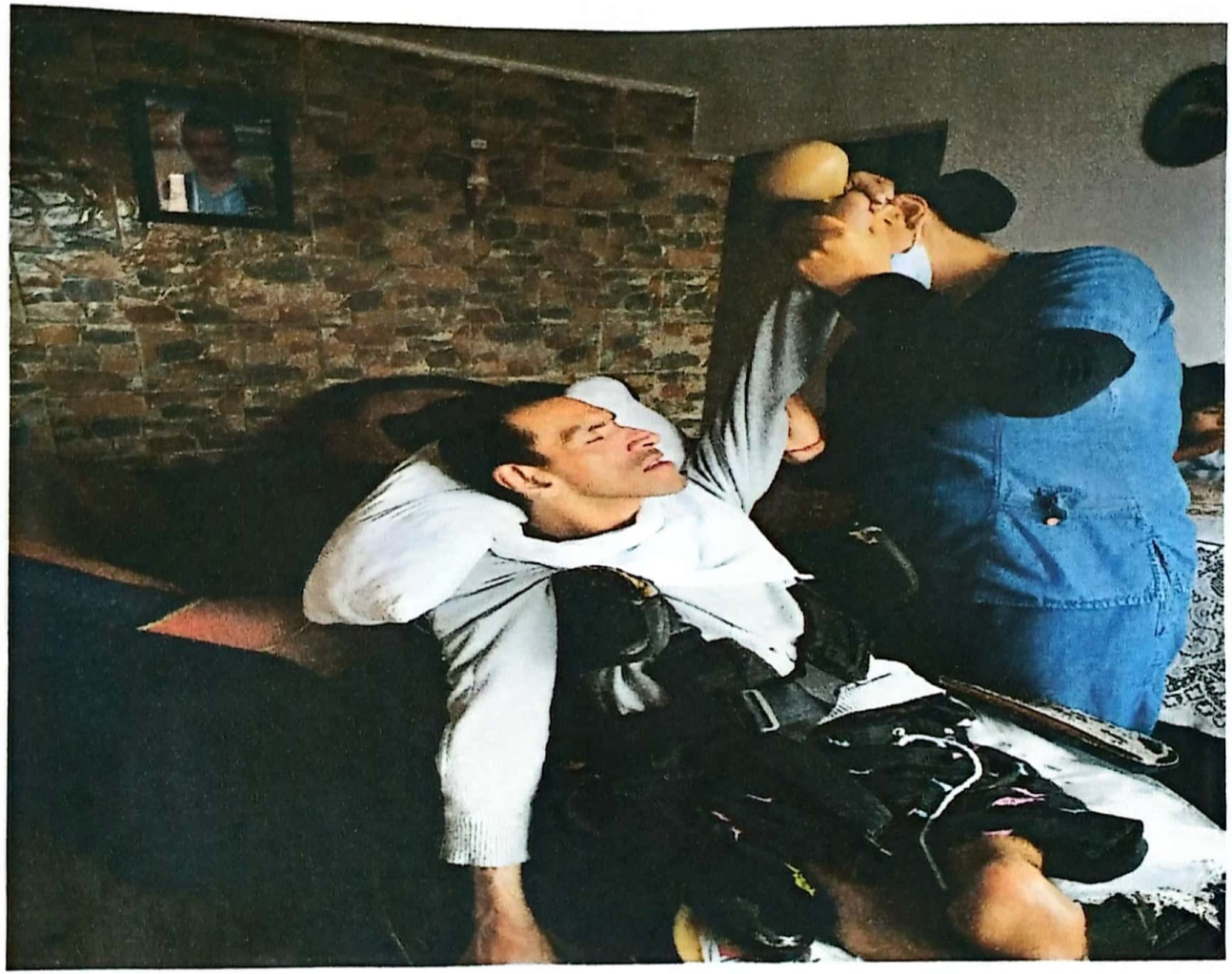
DIRECCIÓN: CRA 7 # 23-15 INT 1 **TELÉFONO:** 3222864460

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
12-08-2024	15:00	
13-08-2024	15:00	
14-08-2024	15:00	
15-08-2024	15:00	
16-08-2024	15:00	
20-08-2024	15:00	

Powered by CamScanner

Jose Garcia

GCTD 128



Powered by CamScanner

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose ignacio Garcia **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1073517574 **CIE 10:** G800 **DIAGNOSTICO:** Paralisis Cerebral

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:

Prevenir retracciones musculares

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 # 6, enviado por el especialista en terapa Fisco (escribir la profesión) con la orden para realizar 6 terapias (escribir # de terapias), es:

Prevenir desacondicionamiento

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 12-08-2024 y terminara el día 20-08-2024 (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)

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

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

Otros

Movilizaciones Pasivas

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 130

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 Janeth García en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de Identidad # 51093264 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.

Janeth García

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Monica J Fajardo

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 04770

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: 12-08-2024 HORA: 15:00

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Ignacio Garcia Cédula: 1073517574

DIAGNOSTICO: Paralisis Cerebral

DIRECCIÓN: Cra 7 # 23-13 int 7

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: Monica J. Fajardo Cedula: 1.101.176.041

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Yaneth Garcia Cedula: 51893264

Parentesco del paciente: Hermana Firma: Yaneth Garcia

Powered by CamScanner

0000 132

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Jose Garcia	N° DOCUMENTO	1073517574
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	12-08-2024

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 →		15

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: 12-08-2024

Firma: Yaneth García

Nombre: Yaneth García

Número de identificación: 51593264

Powered by CamScanner

0000 134

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

Fecha 12-08-2024 hora 15:00 N° de terapias 6

Nombre: Jose Garcia CC, PAS, TI, RC, PET, CE: C 1073517574

✓ **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 Janeth Garcia con N° de cedula 51593264

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.

Janeth Garcia

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. SIS

CC. 52.218.958

Powered by CamScanner

0000 135

AUTORIZACIÓN

Yo Janeth García identificado con cc 51593264 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 García ***IDENTIFICACION*** 1073517574

FIRMA Janeth García

FECHA: 8-02-2024 ***HORA:*** 15:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Powered by CamScanner

0000 136

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: Monicca J Fajardo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Jose Garcia ***IDENTIFICACION*** 1073517574

FECHA: 12-08-2024 ***HORA:*** 15:00 ***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: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.073.517.574**
FUNZA, miércoles, 21 de agosto de 2024 10:05:35

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JOSE IGNACIO GARCIA ORGANISTA	
Identificación	CC 1.073.517.574 Edad: 47 años, 11 meses y 24 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) sábado, 28 de agosto de 1976	
Residencia	FUNZA Dirección: CARRERA 7#23-15 Teléfono: 3218023016	
Ocupación	9998 - NO APLICA Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	NO REFIERE Parentesco: NO REFIERE Teléfono: NO REFIERE	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: NUEVA EPS Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: HOMBRE
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: lunes, 12 de agosto de 2024 9:46:18 - EDAD: 47 años, 11 meses y 24 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente estable alerta en silla de ruedas neurológica, se inicia sesión con masaje en miembros superiores e inferiores se continua con movilizaciones pasivas céfalo caudal, seguimiento visual de pelota de púas paciente asimila actividad, finaliza sin complicación queda en compañía de familiar.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que inicia ciclo de terapia domiciliaria a la valoración se encontró:
No realiza cambios de postura
Adopta sedente con ayuda
No presenta puntos de presión
Realiza agarres por periodo corto
Realiza seguimiento visual
Impulsado en silla de ruedas neurológica
Retracciones musculares severas en miembros inferiores
Arcos de movilidad conservados en miembros superiores
Atrofia muscular generalizada
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 13 de agosto de 2024 9:50:41 - EDAD: 47 años, 11 meses y 24 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente en decúbito dorsal se inicia sesión con masaje céfalo caudal por 7 minutos, se continua con estimulación sensorial con pelota de púas, se realiza ejercicios de agarres mantiene objeto por periodo corto finaliza con rotación de tronco inferior a tolerancia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar cambios de postura cada dos horas
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: jueves, 15 de agosto de 2024 9:53:35 - EDAD: 47 años, 11 meses y 24 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente en silla de ruedas en compañía de familiar, paciente somnoliento manifiesta familiar paciente no paso buena noche por ausencia de medicamento, se inicia sesión con movilizaciones pasivas de cabeza, cuello y miembros superiores, se prosigue con estiramiento en cuello de pie
Finaliza sesión sin complicación queda paciente en silla de rueda

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar movilizaciones céfalo caudal
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: viernes, 16 de agosto de 2024 9:56:57 - EDAD: 47 años, 11 meses y 24 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente alerta en silla de ruedas en compañía de familiar se da inicio a la terapia con estiramientos mantenidos en miembros superiores, se continúa con agarres a tolerancia, se realiza estimulación con texturas en diferentes partes del cuerpo
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar ejercicios de agarres
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 20 de agosto de 2024 10:00:40 - EDAD: 47 años, 11 meses y 24 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente alerta en cama en compañía de familiar se inicia sesión con ejercicios de seguimiento visual, se continua con estimulación sensorial con pelota de púas en miembros superiores, se realiza masaje en miembros inferiores por 7 minutos y rotación de tronco inferior a tolerancia finaliza sesión sin complicación
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que finaliza ciclo de terapia física domiciliaria a la valoración final se encontró:
No realiza cambios de postura
Adopta sedente con ayuda
No presenta puntos de presion
Realiza agarres por periodo corto
Realiza seguimiento visual
Impulsado en silla de ruedas neurológica
Se mantiene Retracciones musculares severas en miembros inferiores
Arcos de movilidad conservados en miembros superiores
Persiste atrofia muscular generalizada
Se recomienda continuar con tratamiento por terapia física
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G800-PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775
