0000 139

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

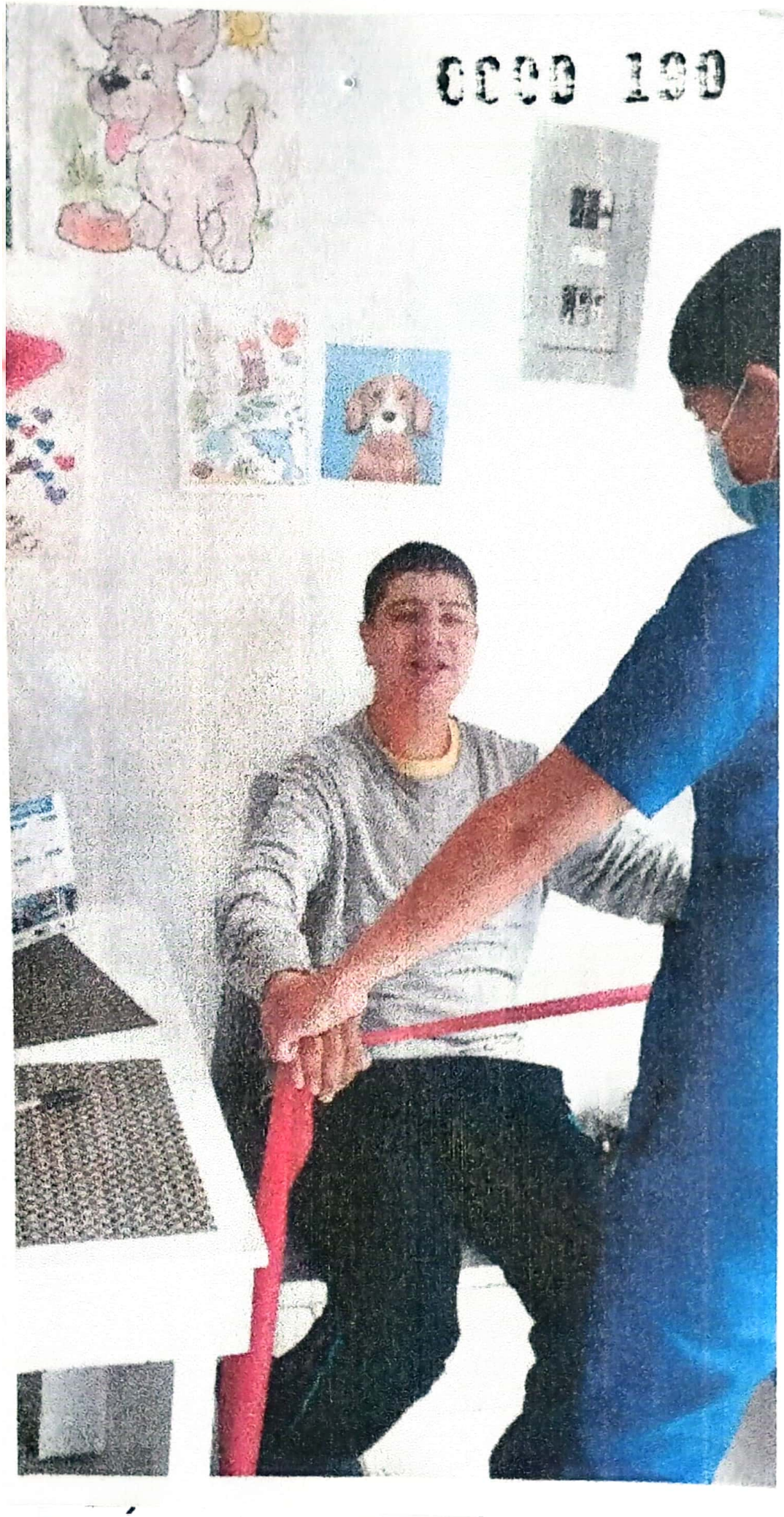
HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Luis Alejandro Acuña Aguilera

DIRECCIÓN: Carrera 17 C 12 - 48 **TELÉFONO:** 3105843622

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
26 Agosto 24	11:00AM	
27 Agosto 24	11:00AM	
28 Agosto 24	11:00AM	
29 Agosto 24	11:00AM	
30 Agosto 24	11:00AM	
31 Agosto 24	11:00AM	

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

0000 191

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Luis Alejandro Zavala Aguilera **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** TI
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1029148702 **CIE 10:** F840 **DIAGNOSTICO:** Autismo en la niñez

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: Aumentar tono muscular, mejorar postura

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 _____ (escribir la profesión) con la orden para realizar 6 terapias (escribir # de terapias), es: Corregir postura, aumentar fuerza muscular

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.) dia de por medio. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 26 Agosto y terminara el día 31 de Agosto (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 102

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 Maria Aguilera en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de Identidad # 21053786 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 1043243290

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: 26 Agosto 2024 HORA: 11:00AM

NOMBRE DEL PACIENTE: Luis Alejandro Zarita Cédula: TI 1029146202

DIAGNOSTICO: Autismo en la niñez

DIRECCIÓN: Cra 17 C 12 - 48

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 ✓ NO

Si su respuesta es NO describa por qué:

Datos del evaluador:

NOMBRE: Juleth Martinez Cedula: 1067422290

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Maria Aguilera Cedula: 21 037 786

Parentesco del paciente: Mamá Firma:

Powered by CamScanner

0000 194

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Luis A. Bonilla A.	N° DOCUMENTO	1029146702
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	26 Agosto 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 servicioalcliente@humanavital.com
6. HUMANA VITAL S.A.S garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento.

Cualquier cambio será notificado a través del medio de comunicación que HUMANA VITAL S.A.S considere más adecuado para tal efecto, (por ejemplo correo electrónico, comunicación directa y/o anuncio en nuestra página web)

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a HUMANA VITAL S.A.S para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la IPS y para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales de las compañías. La información obtenida para tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 26 Agosto 2024

Firma:

Nombre: Maria Aguilera

Número de identificación: 21 037 786

Powered by CamScanner

0000 106

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

Fecha 26 Agosto 2024 hora 11:00AM N° de terapias 6

Nombre: Luis Alejandro Bautista Aguilera Cedula: TI 1029142702

✓ **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. Mario Aguilera con N° de cedula. 92 037 786

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

Powered by CamScanner

0000 197

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 • Mario Aguilera identificado con cc• 91031786 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: Luis Beanita Aguilera ***IDENTIFICACION*** 1029156702

FIRMA •

FECHA: 26 Agosto ***HORA:*** 11:00AM ***ALCALDIA*** 2 ***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: Sureth Martinez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Luis Javier Aguilera ***IDENTIFICACION*** 1029146702

FECHA: 26 Agosto ***HORA:*** 11:00AM ***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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: _____ Fecha de ingreso: 26 Agosto 2024

Apellidos Suavita Aguilera Nombres Luis Alejandro

Documento de identidad: Tipo: TI Numero: 1029146902 Fecha de nacimiento: Día: 10

Mes: 10 Año: 2008 Sexo: F ___ M X Estado civil: soltero Municipio: funza Barrio: El sol Dirección: Cra 17C 12-48 teléfono fijo: _____ Móvil: 3105843622 Correo electrónico: _____

Ocupación: Hogar Entidad de salud: Compensar Vinculación: sub

Empresa: _____ Nºterapias 6 Diagnostico: Autismo

Acompañante: Maria Aguilera Parentesco: Madre Teléfono 3105843622

Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: _____

Cronología de la enfermedad.

Fecha y hora de accidente de trabajo: _____

Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: _____

Fecha y hora de la enfermedad general: Con 10 años de evolucion

Clínica de atención primaria: Mosquera

Exámenes diagnósticos realizados: TAC, Resonancia

Atención de médicos especialistas: pediatria

Tratamientos realizados: terapia física, terapia ocupacional, fonoaudiología

Recomendaciones: Realizar ejercicios diarios

Resumen: paciente con diagnostico de autismo en 10 años de evolucion, presenta hiperactividad social.

ANTECEDENTES:

Patológicos: Autismo Traumáticos: niega

Toxico - alérgicos: niega Quirúrgicos: niega

Infecciosos: niega Farmacológicos: respiridol

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: 0/10

Escala Análoga Verbal _____

Powered by CamScanner

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

Sensibilidad Superficial: normoestesia

Sensibilidad profunda: normoestesia

Espasmo: no presenta Edema: no presenta Inflamación: no presenta

Retracciones Musculares: no presenta

Atrofias musculares: no presenta

Tono: hipotonia leve

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo _ Pie sobre el plano _ Postura intermedia X Impulso _
Fase de balanceo: Aceleración _ Oscilación _ Desaceleración X

Aditamentos para la marcha: ninguno

Esferas mentales superiores: persona

Nivel de conciencia: alerta

Memoria: alterado

Lenguaje: alterado

PRAXIAS
- Constructiva sin alteracion
- Marcha sin alteracion
- Vestirse sin alteracion
- Buco – linguo – facial alterado
- Escritura alterado

Movimientos involuntarios patológicos: no presenta

GNOSIAS	
Simples	• Gustativas conservado • Visuales conservado • Olfativas conservado • Auditivas conservado
Complejas	• Visoespaciales alterado • Esquema corporal alterado

Movilidad articular: arcos de movilidad articular global conservados

Coordinación:

Equilibrio: alterado

Postura o actitud postural: hiperlordosis dorsal

Otros sistemas: sin alteracion

Observaciones: ninguna

Diagnostico fisioterapéutico: nivel neuromuscular

Firma de la terapeuta: **Registro:** 1014242290

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.029.146.702**
FUNZA, jueves, 05 de septiembre de 2024 08:23:09

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	LUIS ALEJANDRO SUAVITA AGUILERA	
Identificación	TI 1.029.146.702 Edad: 16 años, 1 meses y 23 días	
Nacimiento	BOGOTA (CUNDINAMARCA) domingo, 13 de julio de 2008	
Residencia	FUNZA Dirección: CLL14 A N 18-24 Teléfono: 3105843622	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	MERCEDES MENDOZA Parentesco: CUIDADORA Teléfono: 322947452	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	HUMANA EAPB: AL001 - ALCALDIA DE FUNZA 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, 26 de agosto de 2024 19:19:25 - EDAD: 16 años, 1 meses y 22 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: respiridol
PATOLOGICOS: autismo

MOTIVO DE CONSULTA: paciente con autismo y alteración en la postura
DIAGNOSTICO MEDICO: autismo con 10 años de evolución
OBSERVACION GENERAL: paciente con diagnostico de autismo, alteración en la postura, hipotonia leve
ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: CONSERVADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideomotora: CONSERVADA Construccional: CONSERVADA Orolingofacial: CONSERVADA
Comunicación: Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: CONSERVADA Propiocepción: CONSERVADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: CONSERVADA Esterognosia: CONSERVADA Topognosia: CONSERVADA Grafestesia: CONSERVADA Discriminación 2 puntos: CONSERVADA
SISTEMA MOTOR
Tono: hipotonia leve Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
IZQUIERDO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: BUENO Rodilla: BUENO Cuello de pie: BUENO
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)
Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE Sedente a cuadrúpedo: ADOPTA/MANTIENE Cuadrúpedo a rodillas: ADOPTA/MANTIENE Rodillas a bípedo: ADOPTA/MANTIENE
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: SI Ayuda externa: NO Marcha: SI
COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): BUENA
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: BUENO Rodillas: BUENO Bípedo: BUENO
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: BUENO Cuadrúpedo: BUENO Rodillas: BUENO Bípedo: BUENO
TROFISMO: No evaluado

MARCHA
Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: Realiza Balanceo de brazos: Realiza
SISTEMAS COMPLEMENTARIOS: PIEL
PROPIEDADES TROFICAS
Coloración: CONSERVADA Sudoración: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
PROPIEDADES MECANICAS
Elasticidad: CONSERVADA Extensibilidad: CONSERVADA Movilidad: CONSERVADA
Cicatriz: No Escaras: No Sistema urinario: Normal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: nivel neuro muscular
Pronóstico fisioterapéutico: se estima una mejoría del 40%
DIAGNÓSTICOS
Principal: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO REPETIDO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:00 Hora de salida: 12:00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades fisicas y cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Extensores, Flexores, Inclinadores Muñeca: Desviación cubital, Desviación radial
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de pinzas con plastilina terapeutica
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos MANEJO DE: Pinzas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente con autismo e hipotonia leve, se recomienda realizar ejercicios en casa diarios para control del tono y corrección de la postura
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: martes, 27 de agosto de 2024 19:27:49 - EDAD: 16 años, 1 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:00 Hora de salida: 12:00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades fisicas y cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Extensores, Flexores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de educación postural y marcha
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): continuar con ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: miércoles, 28 de agosto de 2024 19:29:35 - EDAD: 16 años, 1 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:00 Hora de salida: 12:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: ejercicios terapeuticos
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores, Inclinadores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios en miembros superiores con banda elastica roja
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios excéntricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): continuar con ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI

DIAGNÓSTICOS
Principal: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: jueves, 29 de agosto de 2024 19:31:57 - EDAD: 16 años, 1 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:00 Hora de salida: 12:00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cineticas y fisicas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Extensores, Flexores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de fortalecimiento en miembros inferiores con balón terapéutico
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de equilibrio
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): continuar con ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: viernes, 30 de agosto de 2024 19:33:13 - EDAD: 16 años, 1 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:00 Hora de salida: 12:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: ejercicios terapeuticos
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Extensores, Flexores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza entrenamiento de la marcha en diferentes direcciones lineal, lateral, en puntas, talones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isotónicos, Reeducación de marcha
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): continuar con ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: sábado, 31 de agosto de 2024 19:35:08 - EDAD: 16 años, 1 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:00 Hora de salida: 12:00 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades fisicas y cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores, Inclinadores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de educación postural, fortalecimiento en miembros superiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios concéntricos, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente finaliza plan de tratamiento, se mostró muy interesado durante las sesiones, se recomienda continuar con ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290
