0000 147

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: Maria Del Carmen Zarate

DIRECCIÓN: Calle 24 #2B-853 20 Ciudad Jardin **TELÉFONO:** 3196654022

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
14/08/24	2:00pm	Jucero Zarate Mancha
15/08/24	2:00 pm	Jucero Zarate Mancha
16/08/24	2:00pm	Jucero zarate mancha
20/08/24	2:00pm	Jucero Zarate Mancha
22/08/24	2:00pm	Jucero Zarate Mancha
23/08/24	2:00pm	Jucero zarate Mancha

Powered by CamScanner

0000 148

MARIA DEL CARMEN ZARATE

21080444



Powered by CamScanner

0000 119

Humana Vital S.A.S	CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 14/08/24	CIUDAD: Funza

NOMBRE DEL PACIENTE: María del Carmen Zárate **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 21080444 **CIE 10:** I694 **DIAGNOSTICO:** Secuelas de enfermedad cerebrovascular

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:

Implementar diferentes estrategias terapéuticas que permitan disminuir los efectos negativos de la inmovilización por ser una paciente dependiente total.

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

Conservar rangos de movilidad articular
Disminuir presencia de contracturas y deformidades
Mejorar la actitud postural

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 14/08/24 y terminara el día 23/08/24 (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; Tens, ultrasonido

✓ 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 150

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 Jucero Zarate en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 52662707 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.

Jucero Zarate

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Sindy Fernández /1073576337

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 029562

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: 14/08/24 HORA: 2:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Mario del Carmen Zárate Cédula: 27080444

DIAGNOSTICO: Secuelas de accidente Cerebrovascular

DIRECCIÓN: Calle 24 # 28 Bis -20

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: Sindy Fernández Cedula: 1073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Julio Zarate Cedula: 52662707

Parentesco del paciente: hija Firma: Julio Zarate

Powered by CamScanner

0000 152

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Maria del Carmen Zarate	N° DOCUMENTO	21080444
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	24/08/24

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	→	75

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

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: 24/08/24

Firma: Lucero Zarate

Nombre: Lucero Zarate

Número de identificación: 52 662 707

Powered by CamScanner

0000 15:

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

Fecha 24/08/24 hora 2:00 pm N° de terapias 6

Nombre: María Del Carmen Zárate Cedula: 27080444

✓ **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	/		CÓLERA	/	
HERPES	/		H1N1	/	
DIFTERIA	/		HEPATITIS	/	
NEUMONÍA	/		VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	/	
TUBERCULOSIS	/		CÁNCER	/	

✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Jucero Zarate con N° de cedula 52662707

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.

Jucero Zarate

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0000 155

AUTORIZACIÓN

Yo Jucero Zerda identificado con cc 52667707 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: Mary Del carmen Zerda ***IDENTIFICACION*** 27080444

FIRMA Jucero Zerda

FECHA: 14/08/24 ***HORA:*** 2:00pm ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** ____ ***ARL*** ____

Powered by CamScanner

0000 156

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: Sindy Fernandez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: María del carmen Zarate ***IDENTIFICACION*** 21080444

FECHA: 24/08/24 ***HORA:*** 2:00pm ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, viernes, 30 de agosto de 2024 21:46:11

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 21.080.444

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARIA DEL CARMEN ZARATE	
Identificación	CC 21.080.444 Edad: 81 años, 11 meses y 22 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) martes, 08 de septiembre de 1942	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 24 # 28BIS - 20 Teléfono: 3196654022	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	LUCERO ZARATE Parentesco: HIJA Teléfono: 3196654022	
Acompañante	LUCERO ZARATE Parentesco: HIJA Teléfono: 3196654022	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS017 - FAMISANAR Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (divorciado) (Estrato: 2) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión: OTRO	G.S. y RH: O+

FECHA CONSULTA: miércoles, 14 de agosto de 2024 21:58:52 - EDAD: 81 años, 11 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma pasiva para miembros superiores e inferiores por 10 minutos, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, Se realizan diagonales de FNP para miembros superiores haciendo uso de banda elástica color amarillo por 8 repeticiones de forma bilateral, se realiza trabajo sensitivo con la técnica de Rood para regiones de codo, muñeca y mano de forma bilateral por 5 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración inicial se evidencia:

- Paciente con alteración en esferas mentales superiores
- Comunicación alterada
- Se evidencia patrón flexor en miembros inferiores de forma bilateral
- No se evidencian contracturas ni deformidades
- Presenta inflamación de 2cm aproximadamente en articulación de rodilla izquierda
- Presenta retracciones musculares moderadas a severas para isquiotibiales, cuádriceps y gastro soleos de forma bilateral
- Se evidencia alteración en equilibrio estático y dinámico en posición sedente corto
- Paciente quien presenta limitación visual

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: jueves, 15 de agosto de 2024 22:08:05 - EDAD: 81 años, 11 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma pasiva para articulación de hombro, codo, muñecas, cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realizan cambios de decúbito supino a sedente con asistencia de enfermera, se realizan estiramientos musculares de forma pasiva para isquiotibiales, gastro soleos de forma bilateral 5 repeticiones con isometría de 15 segundos, se realizan ejercicios de balanceo en posición sedente para favorecer la adopción de esta posición.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: viernes, 16 de agosto de 2024 22:04:28 - EDAD: 81 años, 11 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas

TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma pasiva para articulación de hombro, codo, muñecas, cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realizan cambios de decúbito supino a sedente con asistencia de enfermera, se realizan estiramientos musculares de forma pasiva para isquiotibiales, gastro soleos de forma bilateral 5 repeticiones con isometría de 15 segundos, se realizan ejercicios de balanceo en posición sedente para favorecer la adopción de esta posición.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: martes, 20 de agosto de 2024 22:05:13 - EDAD: 81 años, 11 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma pasiva para articulación de hombro, codo, muñecas, cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realizan cambios de decúbito supino a sedente con asistencia de enfermera, se realizan estiramientos musculares de forma pasiva para isquiotibiales, gastro soleos de forma bilateral 5 repeticiones con isometría de 15 segundos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: jueves, 22 de agosto de 2024 22:07:48 - EDAD: 81 años, 11 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma pasiva haciendo uso de cicloergómetro para miembros superiores e inferiores por 10 minutos, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, Se realizan diagonales de FNP para miembros superiores haciendo uso de banda elástica color amarillo por 8 repeticiones de forma bilateral, se realiza trabajo sensitivo con la técnica de Rood para regiones de codo, muñeca y mano de forma bilateral por 5 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: viernes, 23 de agosto de 2024 22:11:27 - EDAD: 81 años, 11 meses y 7 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma pasiva para articulación de hombro, codo, muñecas, cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realizan cambios de decúbito supino a sedente con asistencia de enfermera, se realizan estiramientos musculares de forma pasiva para isquiotibiales, gastro soleos de forma bilateral 5 repeticiones con isometría de 15 segundos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

- Paciente con alteración en esferas mentales superiores
- Comunicación alterada
- Paciente quien presenta limitación visual
- Presenta patrón flexor en miembros inferiores de forma bilateral
- No se evidencian contracturas ni deformidades
- Se mantienen retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, cuádriceps y gastro soleos de forma bilateral
- continua alteración en equilibrio estático y dinámico en posición sedente corto

Se recomienda control con médico tratante, seguir realizando los ejercicios y continuar con Fisioterapia

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: I694-SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331
