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

157

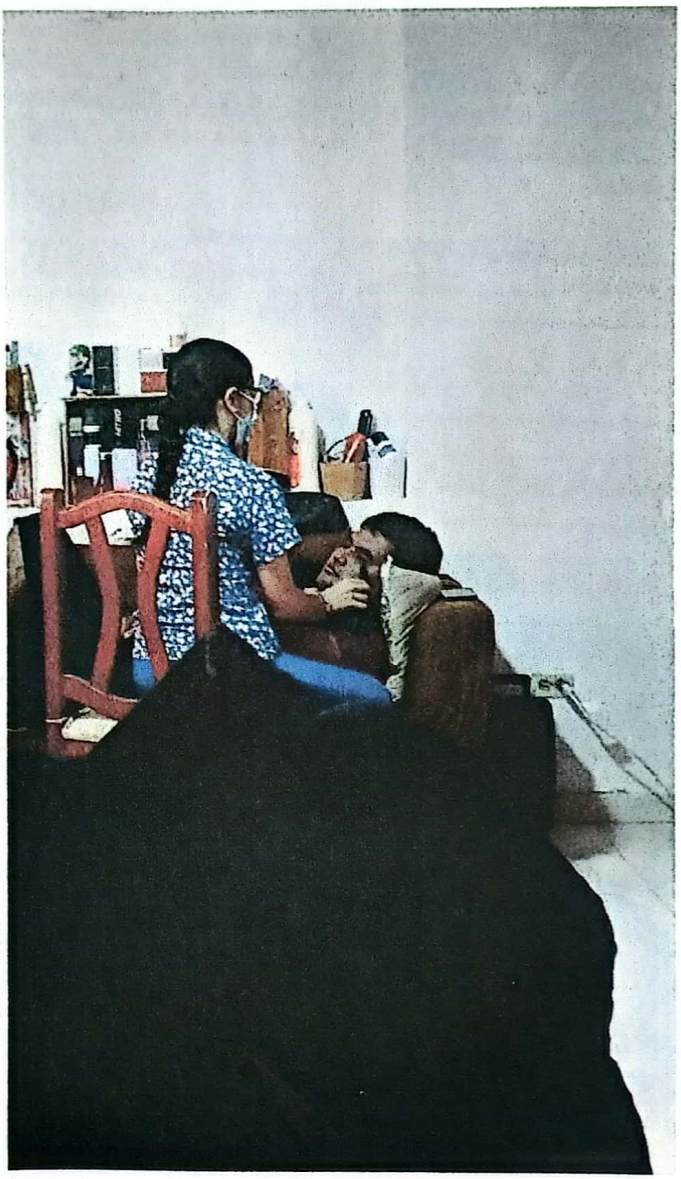
HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Marlon Ramirez Hernandez

DIRECCIÓN: Calle 9 # 3 BIS - 16 **TELÉFONO:** 3133569351

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
26 · 08 · 24	12:00 PM	Olga L
27 · 08 · 24	11:30 PM	Olga L
29 · 08 · 24	12:00 PM	Olga L
30 · 08 · 24	12:00 PM	Olga L.

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA PARA MIEMBROS INFERIORES

Historia Nº: 1 Fecha de ingreso: 26 AGOSTO 2024
Apellidos RAMIREZ HERNANDEZ Nombres MARLON SANTIAGO
Documento de identidad: Tipo: CC Numero : 1073524995 Fecha de nacimiento: Día: 30
Mes: 06 Año: 98 Sexo: F ___ M ___ Estado civil: SOLTERO Municipio: FUNZA
Barrio: PORVENIR Dirección: CALLE 9#3BIS-16 teléfono fijo: 3133569351
Móvil: 3133569371 Correo electrónico: olgayanethhb@hotmail.com
Ocupación: HOGAR Entidad de salud: FAMISANAR
Vinculación: BENEFICIARIO
Empresa: ___ Nºterapias 5 Diagnostico: PARALISIS FACIAL IZQUIERDA
Acompañante: OLGA HERNANDEZ Parentesco: MAMA Teléfono 3133569351
Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: ALCALDIA

Cronología de la enfermedad:

Fecha y hora de accidente de trabajo: ___
Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: ___
Fecha de reconocimiento de enfermedad general: PARALISIS FACIAL IZQUIERDA 1 AGOSTO
Clínica de atención primaria: COLSUBSIDIO
Exámenes diagnósticos realizados: NIEGA
Atención de médicos especialistas: EPILEPTOLOGO – SIQUIATRIA
Tratamientos realizados: TERAPIAS
Recomendaciones: SE A TORNADO AGRESIVO Y POCO TOLERANTE POR CAMBIO
Resumen: EN EL MEDICAMENTO
MAMA DEL PACIENTE COMENTA QUE LA PARALISIS SE GENERO POR STRES POR TODO EL CAMBIO CONDUCTUAL QUE EL PACIENTE A
ANTECEDENTES: TENIDO
Patológicos: AUTISMO – EPILEPSIA Traumáticos: NIEGA
Toxico-alergicos: ___ Quirúrgicos: ___ Infecciosos: NIEGA
Farmacológicos: BRIBARACETAN – LACOSAMIDA – CLOZAN – ARIPRAZOL

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: NIEGA
Escala Análoga Verbal 0/10
Sensibilidad Superficial: CONSERVADA Espasmo: NO PRESENTA
Edema: NO PRESENTA Inflamación: NO PRESENTA
RetraccionesMusculares: LEVES EN ZONA CERVICAL
Longitud de miembros inferiores Real y aparente: ___
Marcha: Fase de apoyo; choque de talón ___ Pie sobre el plano: ___ Postura intermedia ___ Impulso. Fase de balanceo; aceleración ___ oscilación ___ Desaceleración: ___.
Aditamentos para la marcha: ___
Propiocepcion: ___
Maniobras especiales: ___

Powered by CamScanner

0000 180

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

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CADERA	
	Flexión	
	Extensión	
	Abducción	
	Aducción	
	Rotación interna	
	Rotación externa	
	RODILLA	
	Flexión	
	Extensión	
	PIE	
	Dorsiflexión	
	Plantiflexión	
	Invesión	
	Eversión	

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	**Músculos**	Izquierdo
	CADERA	
	Psoas mayor	
	Iliaco	
	Sartorio	
	Glúteo mayor	
	Glúteo mediano	
	Glúteo menor	
	T.F.L	
	ADD	
	R.E.C	
	R.I.C	
	RODILLA	
	Cuádriceps	
	Isquiotibiales	
	TOBILLO	
	Gastrosoleos	
	Tibial Anterior	
	Tibial Posterior	
	Peroneros	
	PIE	
	Ext. Común de los dedos	
	Ext. Propio del hallux	
	Flexor común de los dedos	
	Lumbricales, flexor corto del hallux	

TONO MUSCULAR EN HEMICARA IZQUIERDA: -1 "HIPOTONIA LIGERA"
FUERZA MUSCULAR: FRONTAL y OCCIPITOFRONTAL-MALA
DEPRESOR DE LA CEJA: MALA
PIRAMIDAL DE LA NARIZ: REGULAR
ZIGOMATICO MAYOR y MENOR: REGULAR
CANINO: REGULAR
BUCINADOR: REGULAR
ASIMETRIA FACIAL IZQUIERDA

Pruebas complementarias:
Piel: SIN ALTERACIÓN
Faneras: NO PRESENTA
Trofismo muscular: CONSERVADO
OBSERVACIONES PACIENTE QUE NO SIGUE ORDENES SENCILLAS EL PROCESO DE INTERVENCION AHI QUE REALIZARLO DE FORMA PASIVA.
Diagnostico terapéutico: PACIENTE CON DIAGNOSTICO MEDICO DE G510 QUE PRESENTA LIMITACION EN EL SISTEMA NEUROMUSCULAR A NIVEL DE HEMICARA IZQUIERDA.

FIRMA DE LA TERAPEUTA: _____ Registro: 1030554431

Powered by CamScanner

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

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 26 Agosto 2021 HORA: 12:00 PM

NOMBRE DEL PACIENTE: Marlon Ramirez Cédula: 1073524995

DIAGNOSTICO: Paralisis Facial

DIRECCIÓN: CALLE 9 # 3 BIS - 16

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: Ninguna

¿Se puede realizar la terapia en el domicilio evaluado? SI ✓ NO ____

Si su respuesta es NO describa por qué: Ninguna

Datos del evaluador:

NOMBRE: Monica Gonzalez Cedula: 1030554431

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Olga Hernandez Cedula: 52 617 598

Parentesco del paciente: Olga Madre Firma: Olga

Powered by CamScanner

0090 102

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Marlon Ramirez Hernandez **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** C.C
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1073521995 **CIE 10:** G510 **DIAGNOSTICO:** Parálisis Facial

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 Propiedades neurocartrocinematicas en hemicara izquierda con el fin de recuperar asimetria facial

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 # 5, enviado por el especialista en Fisioterapeuta (escribir la profesión) con la orden para realizar 5 terapias (escribir # de terapias), es:
Mejorar asimetria facial izquierda
Mejorar Fuerza muscular en hemicara izquierda

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.) diaria. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 26 Agosto 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 103

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 Olga Hernandez en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 52 617 598 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 1030555131

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	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Marlon Ramirez	N° DOCUMENTO	1073524995
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	26 Agosto 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 →		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

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: Olga L.

Nombre: Olga Hernandez

Número de identificación: 52 617 598

Powered by CamScanner

0000 166

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

Fecha 26 Agosto 21 hora 12 PM N° de terapias 5

Nombre: Marlon Ramirez Cedula: 1073524995

✓ **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 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 H

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

AUTORIZACIÓN

CODIGO 167

Yo Olga Hernandez identificado con cc 52617 548 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 Ramirez **IDENTIFICACION** 1073524995

FIRMA_____

FECHA: 26-08-21 **HORA:** 12 PM **ALCALDIA** ✓ **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: Marlon Ramirez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Monica Gonzalez ***IDENTIFICACION*** 1073524995

FECHA: 26-08-24 ***HORA:*** 12 PM ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	O/g a 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO	O/g a 4
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	O/g a 4
PLAN CASERO	O/g a 4
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	O/g a 4

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.073.524.995**
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 17:24:44

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARLON SANTIAGO RAMIREZ HERNANDEZ	
Identificación	CC 1.073.524.995 Edad: 26 años, 2 meses y 3 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:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: HOMBRE
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: lunes, 26 de agosto de 2024 12:00:07 - EDAD: 26 años, 2 meses y 3 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Bribaracetan lacosamida clozan ariprazol
PATOLOGICOS: Autismo y epilepsia
EPIDEMIOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Mamá el paciente manifiesta que su hijo ha tenido cambios en su temperamento debido a los cambios de medicamento que se le han realizado lo cual lo ha hecho estresar y por tal motivo haberle dado una parálisis facial el día 1 de agosto
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnóstico de parálisis facial del lado izquierdo la cual se desencadenó el 1 de agosto del 2024
OBSERVACION GENERAL: Paciente que se encuentra en posición sedente en silla de sala, no sigue órdenes sencillas, poco colaborador. Se encuentra en el momento estable en compañía de mamá.
DOLOR: Manifiesta NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
COLUMNA -> Cervical FLEXION: derecho: CONSERVADO EXTENSION: derecho: CONSERVADO INCLINACION: derecho: CONSERVADO
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Columna cervical Movimiento: Flexor de cabeza Musculo: Recto anterior de la cabeza Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Columna cervical Movimiento: Extensor de cabeza y gira a un lado Musculo: Recto anterior menor, Recto mayor de la cabeza Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Columna cervical Movimiento: Flexión de cuello Musculo: Esternocleidomastoideo, Flexor largo del cuello Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Columna cervical Movimiento: Extensión de cuello Musculo: Trapecio fibras superiores, Complexo mayor, Esplenio de la cabeza, Esplenio del cuello Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Columna cervical Movimiento: Inclinación Musculo: Escaleno anterior, Escaleno medio Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
CARA (músculo y calificación)
Frontal: 25%
Orbicular de los párpados: 25%
Superciliar: 25%
Piramidal: 50%

Nasal: 50%
Mirtiforme: 50%
Orbicular de los labios: 25%
Elevador del labio superior: 25%
Canino: 50%
Cigomático mayor: 50%
Cuadrado del mentón: 25%
Buccinador: 50%
Borla de la barba: 25%
Triangular de los labios: 50%
Cigomático menor: 50%
Risorio: 50%
Transversal del mentón: 25%
Cutáneo del cuello: 50%
RETRACCIONES
Columna cervical: RECTO ANTERIOR DE LA CABEZA: L, RECTO ANTERIOR MENOR: L, RECTO MAYOR DE LA CABEZA: L, TRAPECIO FIBRAS SUPERIORES, COMPLEXO MAYOR, ESPLENIO DE LA CABEZA, ESPLENIO DEL CUELLO: L, ESCALENOS ANTERIOR, ESCALENO MEDIO: L
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA LATERAL: Actitud corporal: NORMAL Cabeza: PROYECCIÓN ANTERIOR Hombros: ROTACIÓN INTERNA Columna Vertebral: CIFOSIS Abdomen: PROTRUIDO Pelvis: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Cadera: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas
COORDINACION: No evaluada
EQUILIBRIO: No evaluado
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 Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnóstico médico de G510 que presenta limitación en el sistema neuromuscular a nivel de mi cara izquierda que lo limita para realizar actividades como tomar líquidos, cerrar el ojo sonreír o gesticular.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado.
ESCALAS DE DISCAPACIDAD
BARTHEL: 15 INCAPACIDAD FUNCIONAL DEPENDIENTE TOTAL
DIAGNÓSTICOS
Principal: G510-PARALISIS DE BELL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 pm Hora de salida: 12:40 pm No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realiza valoración, se lee, se explica y se firma consentimiento informado, tratamiento de datos personales, derechos y deberes y autorización de registro fotográfico.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #1. Se inicia sesión con criomasaje en hemicara izquierda durante 10 minutos, tapping de deslizamiento durante 10 minutos, se realizan movilizaciones pasivas con 3 series cada una de 10 repeticiones y se finaliza con estiramientos miofaciales con 3 series cada una de 20 segundos. Se finaliza sin complicaciones. Se deja estable al paciente en compañía de mamá. Se realiza terapia de forma asistida ya que paciente comprende lo que se le pide, Pero no lo ejecuta.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda tomar todos los líquidos con pitillo.
Chupar dulces o colombinas.
Uso de gafas al salir de casa para proteger el ojo izquierdo.
Aplicación de frío y masaje en el lado izquierdo de la cara según indicaciones dadas durante la terapia.

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: martes, 27 de agosto de 2024 11:30:17 - EDAD: 26 años, 2 meses y 3 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:30 am Hora de salida: 12:10 pm No. de sesión: 2
CONDUCTA: Mamá del paciente comenta que Marlon el día es de hoy ha estado un poco intranquilo.
Paciente que se encuentra en posición sedente, en el momento se encuentra estable en compañía de mamá.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #2. Se inicia sesión con criomasaje en hemicara izquierda durante 10 minutos, tapping de deslizamiento durante 10 minutos, se realizan movilizaciones pasivas con 3 series cada una de 10 repeticiones y se finaliza con estiramientos miofaciales con 3 series cada una de 20 segundos. Se finaliza sin complicaciones. Se deja estable al paciente en compañía de mamá. Se realiza terapia de forma asistida ya que paciente comprende lo que se le pide, Pero no lo ejecuta.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda tomar todos los líquidos con pitillo.
Chupar dulces o colombinas.
Uso de gafas al salir de casa para proteger el ojo izquierdo.
Aplicación de frío y masaje en el lado izquierdo de la cara según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G510-PARALISIS DE BELL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: jueves, 29 de agosto de 2024 12:00:33 - EDAD: 26 años, 2 meses y 3 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 pm Hora de salida: 12:40 pm No. de sesión: 3
CONDUCTA: Mamá el paciente manifiesta que a veces se le ve torcida su boca como otras veces se le ve bien.
Paciente que se encuentra en posición sedente en silla de sala, se encuentre hemodinámicamente estable. En compañía de mamá la señora Olga.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #3. Se inicia sesión con criomasaje en hemicara izquierda durante 10 minutos, tapping de deslizamiento durante 10 minutos, se realizan movilizaciones pasivas con 3 series cada una de 10 repeticiones y se finaliza con estiramientos miofaciales con 3 series cada una de 20 segundos. Se finaliza sin complicaciones. Se deja estable al paciente en compañía de mamá. Se realiza terapia de forma asistida ya que paciente comprende lo que se le pide, Pero no lo ejecuta.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda tomar todos los líquidos con pitillo.
Chupar dulces o colombinas.
Uso de gafas al salir de casa para proteger el ojo izquierdo.
Aplicación de frío y masaje en el lado izquierdo de la cara según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G510-PARALISIS DE BELL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: viernes, 30 de agosto de 2024 12:00:40 - EDAD: 26 años, 2 meses y 3 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 pm Hora de salida: 12:40 pm No. de sesión: 4
CONDUCTA: Mamá el paciente comenta que a veces le ve bien la cara a Santiago como otras veces se la ve muy torcida.
Paciente que se encuentra en posición sedente, alerta estímulos en el momento se encuentra estable en compañía de mamá la señora Olga.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #4. Se inicia sesión con criomasaje en hemicara izquierda durante 10 minutos, tapping de deslizamiento durante 10 minutos, se realizan movilizaciones pasivas con 3 series cada una de 10 repeticiones y se finaliza con estiramientos

miofaciales con 3 series cada una de 20 segundos. Se finaliza sin complicaciones. Se deja estable al paciente en compañía de mamá. Se realiza terapia de forma asistida ya que paciente comprende lo que se le pide, Pero no lo ejecuta.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda tomar todos los líquidos con pitillo.
Chupar dulces o colombinas.
Uso de gafas al salir de casa para proteger el ojo izquierdo.
Aplicación de frío y masaje en el lado izquierdo de la cara según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G510-PARALISIS DE BELL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431
