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: MARTHA LAMPREA

DIRECCIÓN: CALLE 8 # 10B - 24 **TELÉFONO:** 3144798145

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
12 Agost	12 PM	- alfonso Lamprea
15 Agost	7:30 AM	- alfonso Lamprea
20 Agosto	9:00 AM	- La Mama Martha Lamprea Padraza
22 Agosto	8:30 AM	Martha Lamprea
26 Agosto	11:30 AM	- La Mama Lamprea Padraza
31 Agosto	10:00 AM	- martha Lamprea

Powered by CamScanner

0090 170



Powered by CamScanner

0000 171

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

NOMBRE DEL PACIENTE: MARTHA LAMPREA **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** C.C.
NUMERO DE IDENTIFICACION: 52.661585 **CIE 10:** M069 **DIAGNOSTICO:** ARTRITIS REUMATOIDEA

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: PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE M069 QUE PRESENTA DISFUNCION EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR SEGUNDARIO A ARTRITIS REUMATOIDEA QUE LA LIMITA MODERADAMENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE MOVILIDAD, FUERZA Y MARCHA.

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 FISIOTERAPIA (escribir la profesión) con la orden para realizar 5 terapias (escribir # de terapias), es:
DISMINUIR DOLOR
MANTENER MOVILIDAD ARTICULAR
MANTENER FUERZA Y PATRON DE MARCHA.

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.) 2 X DIA. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 12 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 172

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_____ en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de Identidad #_____ 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.

Alvaro Somoza

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 1030551431

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 Agosto 2021 HORA: 12 PM

NOMBRE DEL PACIENTE: MARTHA LAMPREA Cédula: 52 661585

DIAGNOSTICO: ARTRITIS REUMATOIDEA

DIRECCIÓN: CALLE 8 # 10 B - 21

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: Alfonso Lamprea Cedula: 7170690

Parentesco del paciente: PAPA Firma: Alfonso Lamprea

Powered by CamScanner

0000 174

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	MARTHA LAMPREA	N° DOCUMENTO	52 661 585
ENTIDAD	ALCALDIA	FECHA	12 Agosto

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 →		10

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: 12 Agosto 2021

Firma: Alfonso Gonzalez

Nombre: Alfonso Gonzalez

Número de identificación: 17106692

Powered by CamScanner

0000 176

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

Fecha 12 Agosto hora 10 AM N° de terapias 5

Nombre: MARTHA LAMPREA Cedula: 52 661 585

✓ **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 Alfonso Jose Pinto con N° de cedula 77 106698

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.

Alfonso Jose Pinto

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

AUTORIZACIÓN

0000 177

Yo _____ identificado con cc _____ 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: MARTHA LAMPREA **IDENTIFICACION** 52.661.585

FIRMA _____

FECHA: 12 Agt **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: MARTHA LAMPREA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: MONICA GONZALEZ ***IDENTIFICACION*** 52 661 585

FECHA: 12 Agt ***HORA:*** 12 PM ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** ____ ***ARL*** ____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 52.661.858**
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 06:41:46

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARTHA YOLANDA LAMPREA PEDRAZA	
Identificación	CC 52.661.858 Edad: 61 años, 0 meses y 10 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) viernes, 23 de agosto de 1963	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE # 10B - 24 MANZC CASA14 Teléfono: 3123897115/3124824500	
Ocupación	9998 - NO APLICA Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	NO REFIERE Parentesco: NO REFIERE Teléfono: NO REFIERE	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: AL001 - ALCALDIA DE FUNZA Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: lunes, 12 de agosto de 2024 12:00:49 - EDAD: 61 años, 0 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 Hora de salida: 12:40 pm No. de sesión: 1
CONDUCTA: Paciente refiere tener dolor en su brazo derecho. Hermana de la paciente manifiesta la Señora Marta se ha encontrado bien.
Paciente que se encuentra en posición sedente en silla de comedor, se encuentra estable en compañía de papá y hermana.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 1.
Paciente orientada en persona, espacio y tiempo.
Sigue órdenes: sencillas y complejas.
Dolor: en brazo derecho, rodillas y muslos.
Movilidad articular: conservada de forma pasiva en miembros superiores y inferiores.
Deformidades: presenta deformidades en dedos de las manos, en pies, codos y rodillas.
Retracciones: leves para musculatura en general de miembros inferiores y superiores.
Fuerza muscular: de 2+/5 para musculatura en general de MMSS y MMII. (Desacondicionamiento físico en general).
Inflamación: no presenta.
Grado de dependencia: paciente dependiente en actividades de la vida diaria cómo baño, vestido y traslados.
Marcha: realiza con ayuda de otra persona o con ayuda de bastón, camina pocos trayectos ya que se cansa mucho y por pérdida del equilibrio y la estabilidad.
Cambios de posición: realiza con ayuda y los mantiene con ayuda.
Sensibilidad: conservada.
Postura: malos hábitos posturales.
Se realiza terapia con masaje sedativo en brazo derecho durante 15 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de 4 extremidades con 2 series cada una de 20 segundos en posición sedente, ejercicios activos asistidos y resistidos por medio de pelota terapeuta para fortalecimiento de miembros súperiores e inferiores con 3 series cada una de 10 repeticiones en posición sedente, marcha asistida por terapeuta fuera de casa con una vuelta. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de papá y hermana la señora Luz.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Cambios constantes de posición.
Uso de calor en zona de dolor.
Hidratación de la piel.
Realizar movilizaciones articulares.
Marcha a tolerancia.

Realizar plan casero todos los días según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI

DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: jueves, 15 de agosto de 2024 7:30:31 - EDAD: 61 años, 0 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7:30 am Hora de salida: 8:10 am No. de sesión: 2
CONDUCTA: Paciente refiere estar bien.
Paciente que se encuentra caminando con ayuda de bastón, en el momento se encuentra estable, alerta estímulos. En compañía de papá.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 2.
Se realiza terapia con vibromasaje a nivel de miembros inferiores durante 15 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros superiores e inferiores en posición sedente con 2 series cada una de 20 segundos, ejercicios activos libres de miembros superiores e inferiores en posición sedente con 3 series cada una de 10 repeticiones, marcha asistida por terapeuta fuera de casa con una vuelta. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de papá.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar estiramientos según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: martes, 20 de agosto de 2024 9:00:50 - EDAD: 61 años, 0 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:00 am Hora de salida: 9:40 am No. de sesión: 3
CONDUCTA: Paciente manifiesta dolor en sus rodillas.
Paciente que se encuentra en posición sedente, en el momento se encuentra estable, orientada en tiempo, espacio persona en compañía de hermana.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 3.
Se realiza sesión con calor local y corriente tipo tens 90 hertz en rodillas durante 10 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de MMSS y MMII en posición sedente con 2 series cada una de 20 segundos, ejercicios activos asistidos por medio de bastón terapéutico para miembros superiores en sedente con 3 series cada una de 10 repeticiones y ejercicios activos libres de miembros inferiores en posición sedente con 3 series cada una de 10 repeticiones, se realiza marcha fuera de casa por 5 minutos con ayuda de terapeuta. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de hermana.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar ejercicios con bastón terapéutico según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: jueves, 22 de agosto de 2024 8:30:31 - EDAD: 61 años, 0 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:30 am Hora de salida: 9:10 am No. de sesión: 4
CONDUCTA: Paciente comenta que se encuentra bien.
Paciente que se encuentra saliendo de habitación caminando con ayuda de bastón. Se encuentra estable en compañía de familiares.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #4. Se realiza terapia con masaje sedativo en miembros inferiores durante 10 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de 4 extremidades con 2 series cada una de 20 segundos en posición sedente, ejercicios activos asistidos y resistidos por medio de pelota terapeuta para fortalecimiento de miembros superiores e inferiores con 3 series cada una de

10 repeticiones en posición sedente, marcha asistida por terapeuta fuera de casa con una vuelta. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de familiares.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Cambios constantes de posición.
Uso de calor en zona de dolor.
Hidratación de la piel.
Realizar movilizaciones articulares.
Marcha a tolerancia.
Realizar plan casero todos los días según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: lunes, 26 de agosto de 2024 11:30:58 - EDAD: 61 años, 0 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11:30 am Hora de salida: 12:10 pm No. de sesión: 5
CONDUCTA: Paciente refiere sentirse bien.
Paciente que se encuentra estable, orientada en tiempo espacio y persona. En compañía de familiares.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 5.
Se realiza terapia con vibromasaje a nivel de miembros inferiores durante 15 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros superiores e inferiores en posición sedente con 2 series cada una de 20 segundos, ejercicios activos libres de miembros superiores e inferiores en posición sedente con 3 series cada una de 10 repeticiones, marcha asistida por terapeuta fuera de casa con una vuelta. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de familiares.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Cambios constantes de posición.
Uso de calor en zona de dolor.
Hidratación de la piel.
Realizar movilizaciones articulares.
Marcha a tolerancia.

Realizar plan casero todos los días según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: sábado, 31 de agosto de 2024 10:00:18 - EDAD: 61 años, 0 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 am Hora de salida: 10:40 am No. de sesión: 6
CONDUCTA: Paciente refiere sentirse bien.
Paciente que se encuentra estable, orientada en tiempo espacio y persona. En compañía de familiares.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 6.
Se realiza sesión con calor local y corriente tipo tens 90 hertz en rodillas durante 10 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de MMSS y MMII en posición sedente con 2 series cada una de 20 segundos, ejercicios activos asistidos por medio de bastón terapéutico para miembros superiores en sedente con 3 series cada una de 10 repeticiones y ejercicios activos libres de miembros inferiores en posición sedente con 3 series cada una de 10 repeticiones, se realiza marcha fuera de casa por 5 minutos con ayuda de terapeuta. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de familiares.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Cambios constantes de posición.
Uso de calor en zona de dolor.
Hidratación de la piel.
Realizar movilizaciones articulares.

Marcha a tolerancia.

Realizar plan casero todos los días según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431
