0000 223

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: Nara Sofia Gonzalez Varon

DIRECCIÓN: Carrera 6 # 23 - 70 Torre **TELÉFONO:** 3143649792

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
16 agosto 24	5:30 pm	
19 agosto 24	6:00 pm	
21 agosto 24	11:00 am	
23 agosto 24	5:30 pm	
29 agosto 24	5:00 pm	

Powered by CamScanner

0000 224



Powered by CamScanner

0000 225

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Kara Gonzales. **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** RC .
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1057437786 **CIE 10:** G40A **DIAGNOSTICO:** Sindrome epilepticos

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:

Lograr la coordinación visomanual y con ello mantener un desarrollo neuromuscular adecuado

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 Neurología (escribir la profesión) con la orden para realizar 5 terapias (escribir # de terapias), es:
Lograr el agarre, la marcha y el equilibrio dinamico y estatico.

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 por medio. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 16/08/24 y terminara el día 29/08/24 (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)

X 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, laser y vibración

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

Otros
Ejercicios de equilibrio

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 223

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 Alejo Cano en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 1037586519 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.

1037586519

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 1064884816

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: 16/08/24 HORA: 04:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Nora Gaona Cédula: 1079397906

DIAGNOSTICO: G40b Sindrome epileptico

DIRECCIÓN: Carrera 6ta 23-10. Zuame.

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: Nidy Estefania Cardona Cedula: 1007669016

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Alys Vanes Cedula: 25786529

Parentesco del paciente: mamá Firma: _____

Powered by CamScanner

0000 223

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Nara Sofia Gonzalez	N° DOCUMENTO	1074347186
ENTIDAD	Aldata	FECHA	16/08/24

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 →		0

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: 16/08/24

Firma: _____

Nombre: Alys Varnes

Número de identificación: 25786529 MP

Powered by CamScanner

0000 230

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

Fecha 16/08/24 hora 04:00 pm N° de terapias 5

Nombre: Nora Sofia Canales Cedula: 1019347186

- ✓ **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 Alys Vaines. con N° de cedula 25786520.

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

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 Alys Vanes. identificado con cc 25786529. 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: _____ ***IDENTIFICACION*** CC 25786529.

FIRMA _____

FECHA: 16/08/24 ***HORA:*** 04:00 pm ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Powered by CamScanner

0000 232

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: Nily Estefanía Verdara

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Nora Sofía Gandara ***IDENTIFICACION*** 1079347186

FECHA: 6/08/24 ***HORA:*** 04:00pm ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.074.347.186**
FUNZA, viernes, 06 de septiembre de 2024 17:04:10

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	NARA SOFIA GONZALEZ VARNES	
Identificación	RC 1.074.347.186 Edad: 5 años, 6 meses y 0 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) miércoles, 06 de marzo de 2019	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 6 # 23 - 70 Teléfono: 3173649792	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	MIA VARNES Parentesco: MADRE Teléfono: 3173649792	
Acompañante	MIA VARNES Parentesco: MADRE Teléfono: 3173649792	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS005 - SANITAS Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (Estrato: 2) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión: OTRO	G.S. y RH: O+

FECHA CONSULTA: viernes, 16 de agosto de 2024 11:00:09 - EDAD: 5 años, 5 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 04/00 Hora de salida: 05/00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas.
TRABAJO REALIZADO: Se realizó trabajo de movilidad articular pasiva asistida y ejercicios de fortalecimiento muscular isométrico en extremidades inferiores. Se empleó TENS para el manejo del dolor durante 20 minutos, aunque el paciente no refiere dolor en la evaluación inicial.
Observaciones: El paciente muestra buena tolerancia a los ejercicios, sin signos de dolor o incomodidad. Se mantiene la planificación de sesiones de fisioterapia para seguir evaluando la evolución.

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016

FECHA CONSULTA: lunes, 19 de agosto de 2024 11:05:00 - EDAD: 5 años, 5 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 04/00 Hora de salida: 05/00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas.
TRABAJO REALIZADO: En la sesión de hoy se realizó fortalecimiento muscular con ejercicios isotónicos en extremidades superiores e inferiores, 3 series de 10 repeticiones.
Observaciones: El paciente responde bien a los ejercicios, mostrando mejoras en la fuerza muscular sin dolor asociado. Se continúa con el programa de fortalecimiento.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar plan casero.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016

FECHA CONSULTA: miércoles, 21 de agosto de 2024 11:08:21 - EDAD: 5 años, 5 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 04/00 Hora de salida: 05/00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas.
TRABAJO REALIZADO: Intervención: En la sesión de hoy se realizaron ejercicios de movilidad activa en todos los planos, incluyendo 3 series de 15 repeticiones en cada movimiento articular. Además, se trabajó en la coordinación gruesa mediante ejercicios visopédicos y equilibrio dinámico, con un enfoque en mejorar la estabilidad en posición bípeda.
Observaciones: Se observan ligeras mejoras en la estabilidad, aunque el equilibrio dinámico sigue siendo regular. Sin dolor reportado durante la sesión. Planificación para continuar con el enfoque en equilibrio y coordinación.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Realizar plan casero.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS

Principal: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016

FECHA CONSULTA: viernes, 23 de agosto de 2024 11:09:37 - EDAD: 5 años, 5 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 04/00 Hora de salida: 05/00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas.
TRABAJO REALIZADO: Intervención: En la sesión de hoy se centró en mejorar el equilibrio estático en posición bípeda, realizando ejercicios específicos con 3 series de 10 repeticiones. También se trabajó la coordinación visomanual con ejercicios de precisión fina.
Observaciones: Mejoras leves en el equilibrio bípeda, pero todavía se clasifica como regular. El paciente no presenta dolor ni incomodidad durante la sesión. Se sugiere continuar con este enfoque para mejorar la estabilidad.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar plan casero.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016

FECHA CONSULTA: jueves, 29 de agosto de 2024 11:10:35 - EDAD: 5 años, 5 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 04/00 Hora de salida: 05/00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas.
TRABAJO REALIZADO: En la sesión de hoy, se realizó una evaluación integral de la marcha y equilibrio dinámico, enfocándose en mejorar la coordinación gruesa con ejercicios visopédicos, realizando 3 series de 12 repeticiones.
Observaciones: La marcha del paciente muestra buena discriminación de cinturas y balanceo de brazos, con una cadencia adecuada. Se continúa con el enfoque en equilibrio y coordinación para mejorar la estabilidad general.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente que finaliza 5 sesiones d fisioterapia a la valoración final se evidencio.

Dolor: Manifiesta NO

Esfera Mental Superior: Orientación en persona, tiempo y espacio conservada. Todas las gnosis y praxias conservadas.
Sistema Sensitivo: Sensibilidad superficial y profunda conservadas.
Sensibilidad cortical conservada.

Sistema Motor: Tono muscular con hipotonía, sin variaciones observadas. Sin contracturas ni deformidades.

Valoración Funcional: Movimiento de cabeza, hombro, codo y muñeca con buen funcionamiento; cadera, rodilla y cuello de pie regular.
Coordinación: Fina buena, gruesa regular.
Equilibrio: Dinámico regular; estático anteroposterior y lateral: sedente, cuadrúpedo, y rodillas bueno, bípedo regular.
Marcha: Realiza todas las fases de la marcha de manera adecuada.

Piel: Propiedades tróficas y mecánicas conservadas. No se observan cicatrices ni escaras.
Sistemas Complementarios: Sistema urinario y digestivo normal.
Diagnóstico Fisioterapéutico: Nivel neuromuscular patrón D.
Pronóstico Fisioterapéutico: Reservado.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G402-EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016
