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

HÓJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Yasmin Suá

DIRECCIÓN: Cra 6A # 21A-11 **TELÉFONO:** 3168212769

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
12-08-2024	14+00	Jasmin Suá
13-08-2024	14+00	Jasmin Suá
14-08-2024	14+00	Jasmin Suá
15-08-2024	14+00	Jasmin Suá
16-08-2024	14+00	Jasmin Suá
17-08-2024	14+00	Jasmin Suá

Powered by CamScanner

Yordi Yasmin Sua

0000 108



Powered by CamScanner

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Yasmin Suga **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1246798129 **CIE 10:** M059 **DIAGNOSTICO:** Artritis Reumatoide

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:

Disminuir Dolor en Articulaciones

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

Prevenir retracciones musculares

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 12-08-2024 y terminara el día 16-08-2024 (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; _____

X Movilidad articular ___ Ejercicios activos ___ Ejercicios pasivos ___ Fortalecimiento muscular
___ Estiramientos musculares ___ Ejercicios propioceptivos X 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 110

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 Yasmin Soa en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de Identidad # 1245798129 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.

Yasmin Soa

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Monica J Fajardo

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 04773

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: 12-08-2024 HORA: 14to0.

NOMBRE DEL PACIENTE: Jasmin Súa Cédula: 1246798129

DIAGNOSTICO: Artritis Reumatoide

DIRECCIÓN: Cra 6A # 21A-11

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
1. Acueducto y alcantarillado	X	
2. Luz	X	
ESPACIO		
3. Ventilación óptima	X	
4. Normas de higiene básica	X	
5. Es suficientemente amplio para el paciente, la terapeuta y un acompañante	X	
6. Cuenta con tomas eléctricas en buen estado	X	
7. Normas de seguridad básicas para el paciente (Pisos, baños, escaleras)	X	
8. Muebles del entorno del paciente en buen estado	X	
9. Cama en buen estado	X	
ACCESO		
10. Existe medios de transporte que lleguen o aproximen al domicilio.	X	
11. Las vías cerca al domicilio son transitables.	X	
12. El entorno donde se encuentra ubicado el domicilio es seguro (Índice de delincuencia mínima)	X	

OBSERVACIONES: /

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

Si su respuesta es NO describa por qué: ____

Datos del evaluador:

NOMBRE: Monica Fajardo Cedula: 1.101.196.041

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Jasmin Súa Cedula: 1246798129

Parentesco del paciente: / Firma: Jasmin Súa

Powered by CamScanner

0000 112

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Jasmin Suà	N° DOCUMENTO	1246798129
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	12-08-2024

Aplica para toda la poblacion que ingresa a la institucion, de acuerdo con el procedimiento

VARIABLES	RESULTADO	PUNTAJE
CAIDA PREVIA	No	x 0
	Si	25
COMORBILIDADES	No	0
	Si	x 15
AYUDA PARA DEAMBULAR	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia	0
	Baston / Muleta / Caminador	x 15
	Se apoya en los muebles	30
VENOLISIS	No	x 0
	Si	20
MARCHA	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas	0
	Debil	x 10
	Limitada	20
ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	x 0
	Sobre estimula u olvida sus limitaciones	15
PUNTUACION FINAL Y NIVEL DE RIESGO →		25

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 info@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: 12-08-2024

Firma: Jasmin Suga

Nombre: Jasmin Suga

Número de identificación: 1240798129

Powered by CamScanner

0000 114

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

Fecha 12-08-2024 hora 14:00 N° de terapias 6

Nombre: Jasmin Súa CC, PAS, TI, RC, PET, CE: CC

✓ **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 Jasmin Súa con N° de cedula 1246798129

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.

Jasmin Súa

Firma del paciente o responsable

✓ **CONOCIMIENTO DEL PLANO DE EVACUACIÓN Y QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA**

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco **EL PLANO DE EVACUACIÓN Y QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA** de 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

CC. _____

YUDY GARZÓN RUIZ

firma de la representante legal

CC. 52.218.958

Powered by CamScanner

0000 115

AUTORIZACIÓN

Yo Jasmin Sua identificado con cc 1246798129 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: Jasmin Sua **IDENTIFICACION** 1246798129

FIRMA Jasmin Sua

FECHA: 12-08-2024 **HORA:** 1400 **ALCALDIA** X **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Powered by CamScanner

0000 116

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: Monica J. Fajardo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Jasmin Sua ***IDENTIFICACION*** 1246798129

FECHA: 12-08-2024 ***HORA:*** 1400 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** ____ ***ARL*** ____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPIA No. 1.246.798.129**
FUNZA, miércoles, 21 de agosto de 2024 09:44:01

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	JORDI JAZMÍN SEA SEA	
Identificación	CC 1.246.798.129 Edad: 43 años, 11 meses y 16 días	
Nacimiento	BOGOTÁ (CUNDINAMARCA) viernes, 05 de septiembre de 1980	
Residencia	FUNZA Dirección: CR 6 N 21-39 Teléfono: 3168212769	
Ocupación	VENDEDORA DE TINTO Escolaridad: SIN INFORMACIÓN	
Responsable	KRESELISS MARTÍNEZ Parentesco: HIJA Teléfono: 322947242	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS 005 - EPS SANITAS S.A 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 10:11:06 - EDAD: 43 años, 11 meses y 15 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Ultrasonido: 7 MIN Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Ejercicios isométricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que inicia ciclo de terapia física a la valoración por continuidad se encontró:
Paciente pos operatorio de rodilla izquierda realizada el día 26 de julio de 2024 recibe terapias por parte de seguro medico
Se evidencia cicatriz queloide
Inflamación de 4 cm en rodilla
Hipomovilidad de patela
Arcos de movilidad de;
Flexión de 40° extensión -1
Se mantiene fuerza para:
Fuerza muscular de 1/5 según escala de daniels
Retracciones n
Cuádriceps moderado
Marcha asistida por bastón
Equilibrio y coordinación 25%
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 13 de agosto de 2024 9:21:35 - EDAD: 43 años, 11 meses y 16 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Crioterapia: 7 MIN Masaje: 5 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente en decúbito dorsal se inicia sesión con movilizaciones pasivas en rodilla izquierda, se continua con ejercicios pasivo de extensión de rodilla se realiza 1 series 12 repeticiones, se explica manejo de cicatriz
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): aplicación de crioterapia (frio) en rodilla izquierda
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: miércoles, 14 de agosto de 2024 9:23:56 - EDAD: 43 años, 11 meses y 16 días

EVOLUCION TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente en decúbito dorsal, manifiesta dolor en rodilla izquierda refiere la terapeuta del seguro haber realizado la terapia la cual la dejo maltratada, se inicia sesión con manejo sedativo aplicación de corriente tens, crioterapia y aplicación de gel diclofenaco en contorno de rodilla afectada finaliza sin complicación
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): aplicación de crioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: jueves, 15 de agosto de 2024 9:27:50 - EDAD: 43 años, 11 meses y 16 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN
OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente estable en sedente, se inicia sesión con estiramientos mantenidos para rodilla, se continua con ejercicios isométricos con pelota debajo de gemelo se mantiene n presión por 10 segundos se repite 10 veces, se adopta bípedo con ayuda donde se trabaja tomas de peso a tolerancia finaliza sin complicación
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar caminatas por trayectos cortos
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: viernes, 16 de agosto de 2024 9:29:38 - EDAD: 43 años, 11 meses y 16 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios en cadena cinética cerrada a tolerancia, se hace explicación y manejo de cicatriz
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar masaje en cicatriz ya explicado
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: sábado, 17 de agosto de 2024 9:33:06 - EDAD: 43 años, 11 meses y 16 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 6
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 12-15 MIN Crioterapia: 5 MIN Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza movilización activa de rodilla en posición prono hacia la flexión paciente tolera actividad, se continua con movilización de patela
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Ejercicios isométricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que finaliza ciclo de terapia física domiciliaria a la valoración final se encontró:
Disminución de cicatriz queloide
Disminución de inflamación de 2 cm en rodilla izquierda
Mejora movilidad de patela
Aumento de arcos de movilidad de:

Flexión de 70° extensión 0
Se mantiene fuerza para:
Fuerza muscular de 1/5 según escala de daniels
Disminución de Retracciones para:
Cuádriceps leve
Marcha asistida por bastón
Se mantiene equilibrio y coordinación 25%
Se recomienda continuar con tratamiento por terapia física
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775
