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: GERNEY CASTRO

DIRECCIÓN: CARRERA 24 # 10 - 98 **TELÉFONO:** 3156191335

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
5 Agosto	10 AM	Alba Collazos
9 Agosto	10 AM	Alba Collazos
12 Agosto	10 AM	Alba Collazos
16 Agosto	10 AM	Alba Collazos
21 Agosto	10 AM	Alba Collazos

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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

NOMBRE DEL PACIENTE: GERNEY CASTRO **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** C.C
NUMERO DE IDENTIFICACION: 19135829 **CIE 10:** I 678 **DIAGNOSTICO:** ACCIDENTE CEREBROVAS.

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 MEDICO DE I 678 QUE PRESENTA DISFUNCION EN EL SISTEMA NEUROMUSCULAR SECUNDARIO A ACCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE LO 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:
MODULAR TONO MUSCULAR
MANTENER MOVILIDAD ARTICULAR
MEJORAR FUERZA MUSCULAR

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 SEMANA. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 5 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

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.

- Alba Collazos

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 1030554431

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: 05 Agosto 2024 HORA: 10 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: GERNEY CASTRO Cédula: 19175829

DIAGNOSTICO: ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

DIRECCIÓN: CAR 21 # 10 - 98

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: T. Monica Gonzalez F. Cedula: 1030554431

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Alba Collazos Cedula: 41607297

Parentesco del paciente: ESPOSO Firma:

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	GERNEY CASTRO	**N° DOCUMENTO**	19175829
ENTIDAD	ALCALDIA	**FECHA**	05 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 →		40

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: 05 Agosto 2024

Firma: [signature]

Nombre: Alba Cabezas

Número de identificación: 41607297

Powered by CamScanner

0000 243

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

Fecha 05 Agosto hora 10 AM N° de terapias 5

Nombre: Monica Gonzalez Cedula: 19775829

✓ **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 Alba Collazos con N° de cedula 41607297

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.

Alba Collazos

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

AUTORIZACIÓN

Yo Alba Collazos identificado con cc 41607292 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: GERNEY CASTRO **IDENTIFICACION** 19175829

FIRMA

FECHA: 05 Agt **HORA:** 10 AM **ALCALDIA** X **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: Monica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: GERNEY CASTRO ***IDENTIFICACION*** 19175829

FECHA: 05 Agt ***HORA:*** 10 AM ***ALCALDIA*** / ***PARTICULAR*** ____ ***ARL*** ____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 07:13:47

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 19.175.829

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	GERNEY CASTRO ANDRADE	
Identificación	CC 19.175.829 Edad: 72 años, 2 meses y 18 días	
Nacimiento	IBAGUE (TOLIMA) domingo, 15 de junio de 1952	
Residencia	FUNZA Dirección: BLOQUE 4 APT 101 MORAY Teléfono: 3156491335	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	LEONARDO CASTRO Parentesco: HIJO Teléfono: 3156491335	
Acompañante	ALEXANDER CASTRO Parentesco: HIJO Teléfono: 3107404363	
Entidad	HUMANA EAPB: AL001 - ALCALDIA DE FUNZA Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (viudo) (Estrato: 2) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: HOMBRE
Discapacidad	NINGUNA Religión: OTRO	G.S. y RH: O+

FECHA CONSULTA: lunes, 5 de agosto de 2024 10:00:55 - EDAD: 72 años, 2 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 am Hora de salida: 10:40 am No. de sesión: 1
CONDUCTA: Paciente comenta que se ha sentido bien, aunque en horas de la mañana siente mucha rigidez en su pierna y su brazo del lado derecho.
Paciente que se encuentra en posición sedente aborde de cama, orientado en tiempo espacio y persona en compañía de esposa la señora alba.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #1
Paciente orientado en persona, espacio y tiempo.
Sigue órdenes: sencillas y complejas.
Dolor: en rodillas y zona lumbar.
Movilidad articular: conservaba movilidad articular a nivel de miembros inferiores y superiores, deformidad articular en pie derecho.
Retracciones: leves para musculatura en general de miembros inferiores y superiores.
Fuerza muscular: de 3/5 para musculatura en general de hemicuerpo derecho y de 3+/5 en hemicuerpo izquierdo. (Desacondicionamiento físico en general por debilidad y perdida del equilibrio).
Inflamación: no presenta.
Grado de dependencia: paciente dependiente en todas sus actividades de la vida diaria.
Marcha: realiza con ayuda de caminador por perdida de la estabilidad y el equilibrio.
Equilibrio: moderada alteración del equilibrio estático y dinámico.
Cambios de posición: realiza con ayuda y los mantiene con ayuda.
Sensibilidad: conservada.
Postura: malos hábitos posturales.
Hipertonia leve a moderado en hemicuerpo derecho.

Se inicia proceso de intervención con calor local y corriente tipo tens a 90 hertz en rodillas durante 10 minutos, se realizan estiramientos para musculatura en general de miembros inferiores en decúbito supino con dos series cada una de 20 segundos, se realizan ejercicios de estabilización lumbopélvica en decúbito supino con dos series cada una de 10 repeticiones, ejercicios activos libres de miembros inferiores en decúbito supino con dos series de 10 repeticiones. Se culmina sin complicaciones se deja estable el paciente en decúbito supino en compañía de esposa la señora alba.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Cambios constantes de posición.
Uso de calor en zona de dolor.
Adoptar el bípedo a tolerancia.
Hidratación de la piel.
Caminar 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: I678-OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS Tipo: IMPRESION DIAGNOSTICA
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: viernes, 9 de agosto de 2024 10:00:32 - EDAD: 72 años, 2 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 am Hora de salida: 10:40 am No. de sesión: 2
CONDUCTA: Paciente manifiesta tener dolor en su cintura.
Paciente que se encuentra en posición sedente en silla de sala, se encuentra estable en compañía de esposa la señora alba.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 2.
Se inicia terapia con calor local y corriente tipo tens a 90 hertz en zona lumbar en posición decúbito prono durante 10 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de caderas, rodillas y pies con dos series de 20 segundos, ejercicios isotónicos por medio de banda elástica amarilla para fortalecimiento de miembros inferiores en decúbito supino con dos series cada una de 10 repeticiones. Se culmina sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de esposa la señora alba.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar ejercicios de fuerza por medio de banda elástica amarilla según indicaciones dadas durante la terapia.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: I678-OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: lunes, 12 de agosto de 2024 10:00:35 - EDAD: 72 años, 2 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 10:40 am No. de sesión: 3
CONDUCTA: Paciente comenta que no ha podido dormir muy bien.
Paciente que se encuentra caminando con ayuda del caminador. Orientado en tiempo espacio y persona, en el momento se encuentra estable en compañía de esposa la señora alba.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 3. Se inicia terapia con vibromasaje a nivel de mi cuerpo derecho durante 20 minutos, se realizan estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros superiores e inferiores con dos series cada una de 20 segundos en posición sedente, se realizan ejercicios activos asistidos para miembros superiores por medio de bastón terapéutico con tres series cada una de 10 repeticiones, ejercicios activos libres para miembros inferiores en posición bípeda sostenida con tres series cada una de 10 repeticiones, se realiza marcha por medio de caminador dentro de casa con cinco vueltas. Se culmina sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de esposa la señora alba.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda caminar todos los días con ayuda del caminador a tolerancia del paciente.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: I678-OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: viernes, 16 de agosto de 2024 10:00:28 - EDAD: 72 años, 2 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 am Hora de salida: 10:40 am No. de sesión: 4
CONDUCTA: Paciente comenta que se ha sentido bien.
Paciente que se encuentra en posición sedente en silla de ruedas, se encuentra hemodinámicamente estable. En compañía de esposa la señora alba.
Se hace correcta identificación del paciente.

TRABAJO REALIZADO: Sesión # 4. Se inicia proceso de intervención, con técnica ruth por medio de estimulación sensorial con diferentes texturas en mi cuerpo derecho de distal a proximal durante 20 minutos, se realizan estiramientos para musculatura en general de cuatro extremidades en posición sedente con dos series cada una de 20 segundos, se realizan ejercicios de fortalecimiento por medio de banda elástica roja para musculatura en general de miembros superiores e inferiores en posición sedente con tres series cada una de 10 repeticiones, se finaliza con ejercicios de marcha por medio de caminador durante 10 minutos. Se culmina sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de esposa la señora alba.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Cambios constantes de posición.
Uso de calor en zona de dolor.
Adoptar el bípedo a tolerancia.
Hidratación de la piel.
Caminar 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: I678-OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: miércoles, 21 de agosto de 2024 10:00:34 - EDAD: 72 años, 2 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 am Hora de salida: 10:40 am No. de sesión: 5
CONDUCTA: Paciente refiere que se siente muy rígido de su brazo y de su pierna y con dolor en sus rodillas.
Paciente que se encuentra en posición sedente en silla de sala, orientado en tiempo espacio y persona en compañía de esposa la señora alba.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 5.
Se inicia sesión de terapia con calor local y corriente tipo tens en rodillas durante 10 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros superiores e inferiores en posición sedente con dos series cada una de 20 segundos, ejercicios en cicloergómetro para miembros superiores durante 15 minutos y para miembros inferiores durante 15 minutos. Se culmina sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de esposa la señora alba.
El día de hoy se finaliza tratamiento sin cambios significativos. Paciente que se beneficia de terapias.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Recomendaciones:
Cambios constantes de posición.
Uso de calor en zona de dolor.
Adoptar el bípedo a tolerancia.
Hidratación de la piel.
Caminar 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: I678-OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431
