0006 016

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: Irene Quintero Espitia

DIRECCIÓN: Carrera 7 # 18A - 31 **TELÉFONO:** 3209421354

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
09. 08. 24	1:30 PM	Luz Mery Sanchez Ortiz.
13. 08. 24	9:10 am	Luz Mery Sanchez Ortiz
15-08-24	10:00 am	Luz Mery Sanchez Ortiz
22 08 24	1:30 pm	Luz Mery Sanchez Ortiz.
27 08 24	10:40 pm	Luz Mery Sanchez Ortiz.

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1 Fecha de ingreso: 9 08 2021

Apellidos Quintero Espitia Nombres Irene

Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 20549097 Fecha de nacimiento: Día: 26

Mes: 08 Año: 38 Sexo: F X M Estado civil: Viuda Municipio:

Funza Barrio: Mexico Dirección: CARR 7 # 18 A - 31 teléfono fijo:

3114856321 Móvil: 3114856321 Correo electrónico:

Ocupación: Hogar Entidad de salud: Famisanar Vinculación: Beneficiaria

Empresa: Nºterapias 5 Diagnostico: Artritis Reumatoidea

Acompañante: Luz Mery Parentesco: Hija Teléfono 3209121354

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 y hora de la enfermedad general: Hace 4 AÑOS

Clínica de atención primaria: Colsubsidio

Exámenes diagnósticos realizados:

Atención de médicos especialistas: MEDICO GENERAL

Tratamientos realizados: Tercipicis

Recomendaciones: NINGUNA

Resumen: Paciente orientada en Persona, tiempo y espacio.

ANTECEDENTES:

Patológicos: Artritis - HTA - Artrosis Traumáticos: Niega

Toxico - alérgicos: Niega Quirúrgicos: RTC IZQ Hace 2 años.

Infecciosos: Niega Farmacológicos: losartan, Acetaminofem

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: Cadera izquierda, cintura rodilla derecha y espalda el dolor se presenta en horas de la noche Escala Análoga Verbal 10/10 y con el Frio

Powered by CamScanner

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

Sensibilidad Superficial: Sin alteracion

Sensibilidad profunda: Conservada

Espasmo: NO presenta Edema: NO presenta Inflamación: LEVE EN AMBOS PIES

Retracciones Musculares: LEVES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

Atrofias musculares: Sin Alteraciones

Tono: Normal NORMOTONICO

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo X Pie sobre el plano X Postura intermedia X Impulso X
Fase de balanceo: Aceleración X Oscilación X Desaceleración X

Aditamentos para la marcha: uso de Caminador

Esferas mentales superiores: Paciente orientada en tiempo, espacio y Persona

Nivel de conciencia: Paciente Sigue ordenes

Memoria: Presente, memoria a largo y corto plazo

Lenguaje: Fluido y coherente

PRAXIAS	
• Constructiva	
• Marcha	
• Vestirse	
• Buco – linguo – facial	
• Escritura	

Movimientos involuntarios patológicos:

GNOSIAS		
Simples	• Gustativas	
	• Visuales	
	• Olfativas	
	• Auditivas	
Complejas	• Visoespaciales	
	• Esquema corporal	

Movilidad articular: PASIVA
HOMBROS 90°, EXTENSION RODILLA DERECA DE -10°, PRESENTA DEFORMIDAD EN DEDOS DE MANOS Y PIES

Coordinación: ALTERACION MODERADA

Equilibrio: ALTERACION MODERADA

Postura o actitud postural: HIPERCIFOSIS CERVICAL, HOMBROS EN ANTEPULSION, CON LEVE FLEXION DE TRONCO

Otros sistemas: FUERZA MUSCULAR DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES DE 2+/5

Observaciones:
PACIENTE DEPENDIENTE EN ACTIVIDADES DE TRASLADOS, DE COMIDA Y BAÑO

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

Firma de la terapeuta: _____ **Registro:** 1030554431

Powered by CamScanner

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Irene Quintero Espitia **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** C.C.
NUMERO DE IDENTIFICACION: 20599097 **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: MANTENER LAS PROPIEDADES OSTEOARTROCINEMATICAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES CON EL FIN DE MANTENER CONDICION FISICA DEL PACIENTE.

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 Y FUERZA
MANTENER 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 VECES A LA S. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 9.08.24 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
NINGUNO

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

0009 251

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 Luz Mary Sanchez Quiroz en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 20549097 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.

Luz Mary Sanchez Quiroz

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: 09. 08. 2024 HORA: 1:30 PM

NOMBRE DEL PACIENTE: IRENE QUINTERO ESPITIA Cédula: 20549097

DIAGNOSTICO: ARTRITIS REUMATOIDEA

DIRECCIÓN: CARRERA 7 # 18A - 31

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:

Datos del evaluador:

NOMBRE: Monica Gonzalez F Cedula: 1030554431

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Luz Mery Sanchez Otero Cedula: 52617617 Funza

Parentesco del paciente: Hija Firma: Luz Mery Sanchez O.

Powered by CamScanner

0000 253

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	IRENE QUINTERO ESPITIA	N° DOCUMENTO	20549097
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	09. 08. 2024

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: 9/08/2024

Firma: Luz Mery Sanchez Quintero.

Nombre: Luz Mery Sanchez Quintero

Número de Identificación: 52617617 funza.

Powered by CamScanner

CODIGO 055

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

Fecha 09 08 2024 hora 1:30 N° de terapias 5

Nombre: IRENE QUINTERO ESPITIA Cedula: 20599097

- ✓ **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 Luz Mery Sanchez Quintero con N° de cedula 52612617

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

AUTORIZACIÓN

Yo Luz Mary Sanchez Cifuentes identificado con cc 52617617 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: IRENE QUINTERO **IDENTIFICACION** 20519097

FIRMA

FECHA: 9.08.21 **HORA:** 1:30 **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

0003 057

FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Monica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: IRENE QUINTERO ***IDENTIFICACION*** 20549097

FECHA: 9.08.21 ***HORA:*** 1:30 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 07:01:57

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 20.549.097

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	IRENE QUINTERO	
Identificación	CC 20.549.097 Edad: 86 años, 0 meses y 7 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) viernes, 26 de agosto de 1938	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 7A # 18A - 31 INTERIOR 6 MEXICO Teléfono: 3144856321	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	LUZ MERY SANCHEZ Parentesco: HIJA Teléfono: 3209427354	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: 0006 - ECOOPSOS Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (viudo) (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: viernes, 9 de agosto de 2024 13:30:27 - EDAD: 85 años, 11 meses y 24 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: Reemplazo total de cadera izquierda hace 2 años
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Losartán y acetaminofén
PATOLOGICOS: Artritis reumatoidea hipertensión arterial artrosis
EPIDEMIOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente manifiesta que le envían terapias por su artrosis ya que le deformó sus manos y sus rodillas y por los dolores tan fuertes que siente.
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con antecedentes de artrosis reumatoidea hace 4 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente que se encuentra en posición sedente a borde de cama se encuentra hemodinámicamente estable, orientada en tiempo espacio y persona en compañía de hija la señora Luz.
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: Paciente refiere dolor en cadera izquierda cintura rodilla derecha y espalda. Intensidad: 10 Frecuencia: El dolor es constante y más en horas de la noche

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
HOMBRO -> FLEXION: derecho: 90° FLEXION: izquierdo: 90° EXTENSION: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. EXTENSION: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. ABDUCCION: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. ABDUCCION: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. ADUCCION: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. ADUCCION: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. ROTACION INTERNA: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. ROTACION INTERNA: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. ROTACION EXTERNA: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. ROTACION EXTERNA: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS.
CODO -> FLEXION: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. FLEXION: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. EXTENSION: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. EXTENSION: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS.
ANTEBRAZO -> PRONACION: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. PRONACION: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. SUPINACION: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. SUPINACION: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS.

MUÑECA -> FLEXION: derecho: DEFORMIDADES ARTICULARES EN MANOS FLEXION: izquierdo: DEFORMIDADES ARTICULARES EN MANOS EXTENSION: derecho: DEFORMIDADES ARTICULARES EN MANOS EXTENSION: izquierdo: DEFORMIDADES ARTICULARES EN MANOS DESVIACION RADIAL: derecho: DEFORMIDADES ARTICULARES EN MANOS DESVIACION RADIAL: izquierdo: DEFORMIDADES ARTICULARES EN MANOS DESVIACION CUBITAL: derecho: DEFORMIDADES ARTICULARES EN MANOS DESVIACION CUBITAL: izquierdo: DEFORMIDADES ARTICULARES EN MANOS
CADERA -> FLEXION: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. FLEXION: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. EXTENSION: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. EXTENSION: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. Abd: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. Abd: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. Add: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. Add: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS.
RODILLA -> FLEXION: derecho: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. FLEXION: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS. EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DE FORMA PASIVA CONSERVADOS.
CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: DEFORME ES ARTICULARES EN PIE DORSIFLEXION: izquierdo: DEFORME ES ARTICULARES EN PIE PLANTIFLEXION: derecho: DEFORME ES ARTICULARES EN PIE PLANTIFLEXION: izquierdo: DEFORME ES ARTICULARES EN PIE INVERSION: derecho: DEFORME ES ARTICULARES EN PIE INVERSION: izquierdo: DEFORME ES ARTICULARES EN PIE EVERSION: derecho: DEFORME ES ARTICULARES EN PIE EVERSION: izquierdo: DEFORME ES ARTICULARES EN PIE
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Hombro Movimiento: Flexión Musculo: Deltoides anterior Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Hombro Movimiento: Extensión Musculo: Dorsal ancho Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Codo Movimiento: Flexión Musculo: Biceps braquial, Braquial anterior, Supinador largo Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Muñeca Movimiento: Flexión Musculo: Palmar mayor, Cubital anterior Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Muñeca Movimiento: Extensión Musculo: Primer radial externo, Segundo radial externo, Cubital posterior Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Cadera Movimiento: Extensión Musculo: Glúteo mayor Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps crural, Semitendinoso, Seminmenbranoso Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Dorsiflexión Musculo: Tibial anterior, Tibial posterior Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Plantiflexión Musculo: Gemelos, Soleo Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
RETRACCIONES
Hombro: DORSAL ANCHO:M, DELTOIDES ANTERIOR: L
Codo: BICEPS BRAQUIA: L, TRICEPS BRAQUIA: L
Cadera: PSOAS ILIACO: L, GLÚTEO MAYOR: L
Rodilla: BICEPS CRURA; L, CUÁDRICEPS CRURA: L
CONTRACTURAS: Contracturas musculares en manos y pie. DEFORMIDADES: Deformidades articulares en manos y pies.

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: NORMAL Pelvis: ANTEVERSIÓN Rodillas: GENUM FLEXUM Pie: NORMAL
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Cadera: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas
COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: REGULAR

EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: BUENO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: REGULAR
TROFISMO: No evaluado
MARCHA
Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: No Realiza Balanceo de brazos: No Realiza Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnóstico médico de M069 que presenta disfunción en el sistema osteomuscular secundario de artritis reumatoidea que la limita moderadamente para realizar actividades de movilidad fuerza y marcha.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado.
ESCALAS DE DISCAPACIDAD
BARTHEL: 60 INCAPACIDAD FUNCIONAL DEPENDIENTE LEVE
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:40 Hora de salida: 10:20 am No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realiza valoración
TRABAJO REALIZADO: Se realiza valoración, se firma y se explica consentimiento informado, uso de datos personales, derechos y deberes del paciente, autorización de registro fotográfico.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda cambios constantes de posición.
Caminar todos los días a tolerancia del paciente.
Uso de zapato adecuado para caminar.
Realizar ejercicios en brazos y piernas como movilizaciones y estiramientos 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, 13 de agosto de 2024 9:40:25 - EDAD: 85 años, 11 meses y 24 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:40 Hora de salida: 10:20 am No. de sesión: 2
CONDUCTA: Paciente refiere sentirse malita manifiesta que no sabe qué es lo que tiene.
Paciente que se encuentra en posición sedente en silla de comedor, se encuentra terminando de desayunar, se toman signos vitales con saturación de 78% al ambiente, se le recomienda a la paciente hacer uso de oxígeno constante ya que esto depende que no presente fatiga.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 2. Se realiza terapia con calor local y corriente tipo tens a 90 hz en rodillas durante 10 minutos, se realiza masaje sedativo de distal a proximal durante 10 minutos en cada pierna, se trabajan estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros inferiores con dos series cada una de 20 segundos, se finaliza con ejercicios activos libres de miembros inferiores con dos series de 10 repeticiones, estabilización lumbopélvica en decúbito supino con dos series de 10 repeticiones. Se finaliza sin complicaciones se deja estable la paciente en compañía de hija la señora Luz.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar estiramientos en miembros inferiores con dos series de 10 repeticiones 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 10:00:54 - EDAD: 85 años, 11 meses y 24 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10 AM Hora de salida: 10:40 AM No. de sesión: 3
CONDUCTA: Paciente comenta que en estos días se a sentido malita.
Paciente que se encuentra deambulando con ayuda de caminador, se encuentra estable orientada en persona y espacio en compañía de hija la señora Luz.
Se hace correcta identificación del paciente.

TRABAJO REALIZADO: Sesión número 3. Se inicia intervención con vibromasaje a nivel de zonas cervicodorsolumbar durante 15 minutos, masaje sedativo en miembro superiores durante 5 minutos en cada brazo, se realizan estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros superiores en posición sedente con dos series cada una de 20 segundos, ejercicios activos libres de miembros superiores en sedente con dos series cada una de 10 repeticiones. Se finaliza sin complicaciones se deja estable la paciente en compañía de hija la señora Luz.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar masaje en brazos de próxima a la distancia 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 13:30:11 - EDAD: 86 años, 0 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 1:30 pm Hora de salida: 2:10 pm No. de sesión: 4
CONDUCTA: Paciente manifiesta estar bien sin ninguna novedad nueva.
Paciente que se encuentra caminando con ayuda del caminador, se encuentra estable en compañía de hija la señora Luz.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 4. Se realiza terapia con masaje sedativo a nivel de miembros superiores 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 superiores e inferiores con 2 series cada una de 10 repeticiones en posición sedente, marcha asistida por caminador dentro de casa durante 10 minutos. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de hija la señora Luz.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda caminar todos los días a tolerancia de la paciente 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, 27 de agosto de 2024 10:40:17 - EDAD: 86 años, 0 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:40 Hora de salida: 11:20 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Paciente refiere que se ha sentido un poco maluca.
Paciente que se encuentra en posición sedente a borde de cama, se encuentra hemodinámicamente estable en el momento sin ninguna complicación. En compañía de hija la señora Luz.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión #5. Se realiza terapia con calor local y corriente tipo tens a 90 hz en rodillas por 10 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros inferiores y superiores con 2 series cada una de 20 segundos en sedente, ejercicios en cicloergometro para miembros inferiores y superiores durante 10 minutos cada segmento en posición sedente, marcha asistida con caminador con 5 vueltas. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de hija.
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: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431
