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: Leopoldo Diaz

DIRECCIÓN: Av 11 # 11-09 **TELÉFONO:** 3204118479

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
6 Agosto 24	8:30 AM	
13 Agosto	8:30 AM	
15 Agosto	10:30 AM	
19 Agosto	8:30 AM	
24 Agosto	12:00 PM	

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLINICA PARA MIEMBROS INFERIORES

Historia Nº: 1 Fecha de ingreso: 6 Agosto del 2024
Apellidos Diaz Nombres Leopoldo
Documento de identidad: Tipo: CC Numero : 17185534 Fecha de nacimiento: Día: 10
Mes: 11 Año: 90 Sexo: F ____ M X Estado civil: Casado Municipio: Funza
Barrio: Centro Dirección: AV 11 # 11-09 teléfono fijo: 3204118479
Móvil: 3204118479 Correo electrónico: gabrielaporras@gmail.com
Ocupación: Pensionado Entidad de salud: Nueva EPS
Vinculación: COTISANTE
Empresa: _____ Nºterapias 5 Diagnostico: ACV ISQUEMICO
Acompañante: Gabriela Ramirez Parentesco: Esposa Teléfono 3204118479
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 de reconocimiento de enfermedad general: _____ En el año 2022
Clínica de atención primaria: Mosquera
Exámenes diagnósticos realizados: No Presenta
Atención de médicos especialistas: Cardiologia - urologo - internista - Nutricionista
Tratamientos realizados: 32 Terapias de contrapulsacion
Recomendaciones: Ejercicio Suave
Resumen: Paciente orientado en Persona y espacio

ANTECEDENTES: Sordera
Patológicos: HTA - Cardiopatia - ACV Traumáticos: Niega
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Apendice - Hernia inguinal Infecciosos: Niega
Farmacológicos: Isosorbide - Atrovastatina - Carvedilol - Enalapril Esomeprazol - Amlodipino - Trimetazidina - Dutasterida

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: Niega tener dolor
Escala Análoga Verbal 0/10
Sensibilidad Superficial: Conservada Espasmo: _____
Edema: No Presenta Inflamación: Inflamacion leve en pies
RetraccionesMusculares: leves en miembros superiores e inferiores
Longitud de miembros inferiores Real y aparente: Sin Alteraciones
Marcha: Fase de apoyo; choque de talón SI Pie sobre el plano: SI Postura intermedia SI Impulso. Fase de balanceo; aceleración SI oscilación SI Desaceleración: SI.
Aditamentos para la marcha: No Presenta
Propiocepcion: Leve alteracion
Maniobras especiales: No se valora

Powered by CamScanner

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

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CADERA	
	Flexión	
	Extensión	
	Abducción	
	Aducción	
	Rotación interna	
	Rotación externa	
	RODILLA	
	Flexión	
	Extensión	
	PIE	
	Dorsiflexión	
	Plantiflexión	
	Invesión	
	Eversión	

Conservada Conservada Conservada Conservada

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	Músculos	Izquierdo
	CADERA	
3	Psoas mayor	3
3	Iliaco	3
3	Sartorio	3
3	Glúteo mayor	3
3	Glúteo mediano	3
3	Glúteo menor	3
3	T.F.L	3
3	ADD	3
3	R.E.C	3
3	R.I.C	3
	RODILLA	
3	Cuádriceps	3
3	Isquiotibiales	3
	TOBILLO	
3	Gastrosoleos	3
3	Tibial Anterior	3
3	Tibial Posterior	3
3	Peroneros	3
	PIE	
3	Ext. Común de los dedos	3
3	Ext. Propio del hallux	3
3	Flexor común de los dedos	3
3	Lumbricales, flexor corto del hallux	3

Pruebas complementarias:

Piel: Sin Alteraciones

Faneras: No Presenta

Trofismo muscular: Sin Alteracion

OBSERVACIONES Paciente dependiente en actividades basicas cotidianas, necesita supervision por alteracion del equilibrio

Diagnostico terapéutico: Paciente con diagnostico de M069 que Presenta disfuncion en el sistema osteomuscular, secundario a artritis que la limita moderadamente, para realizar actividades de movilidad, fuerza y marcha

FIRMA DE LA TERAPEUTA: _____ Registro: 1030559131

Powered by CamScanner

0000 217

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

NOMBRE DEL PACIENTE: LEOPOLDO DIAZ **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1718534 **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:
MANTENER MOVILIDAD ARTICULAR
MANTENER FUERZA MUSCULAR
MANTENER 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 Semana. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 06-08-24 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
Ninguna

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 Gabriela Porras R. en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de Identidad # 1701853 4 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.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 10305541131

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: 06 Agosto 2024 HORA: 8:30 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: Leopoldo Diaz Cédula: 1718534

DIAGNOSTICO: Artritis Reumatoidea

DIRECCIÓN: Av 11 # 11-09

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: Gabriela Porras R Cedula: 35317900

Parentesco del paciente: Esposa Firma:

Powered by CamScanner

0000 220

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Leopoldo Diaz	**N° DOCUMENTO**	1718534
ENTIDAD	Alcaldia	**FECHA**	06 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 →		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: 06 Agosto 2021

Firma:

Nombre: Gabriela Porras R

Número de identificación: 35317900

Powered by CamScanner

Fecha 06 Agosto 21 hora _____ N° de terapias 5

Nombre: Leopoldo Diaz Cedula: 17718531

✓ **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 Gabriela Porras R con N° de cedula 35317900

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

0003 223

AUTORIZACIÓN

Yo Gabriela Porras R identificado con cc 35317900 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: Leopoldo Diaz **IDENTIFICACION** 17018534

FIRMA

FECHA: 06-08-21 **HORA:** 8:30 AM **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: Monica Gonzalez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Leopoldo Diaz **IDENTIFICACION** 17185314

FECHA: 06 08 24 **HORA:** 8:30 AM **ALCALDIA** ✓ **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:
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 06:55:25

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 17.018.534

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	LEOPOLDO DIAZ	
Identificación	CC 17.018.534 Edad: 83 años, 9 meses y 23 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) domingo, 10 de noviembre de 1940	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 11 # 11 - 09 CENTRO SECTOR II Teléfono: 3204118479	
Ocupación	9998 - NO APLICA Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	GABRIELA PORRAS Parentesco: ESPOSA Teléfono: 3204118479	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS037 - NUEVA EPS Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	CASADO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: HOMBRE
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: martes, 6 de agosto de 2024 8:30:18 - EDAD: 83 años, 9 meses y 9 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: Apéndice hernia inguinal
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Isosorbide atorvastatina carveridol enalapril esomeprazol amlodipino trimetazidina datasterida
PATOLOGICOS: Sordera hipertensión arterial cardiopatía accidentes cerebrovascular hemiplejía izquierda
EPIDEMIOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Esposa del paciente manifiesta que le envían las terapias porque ha estado muy perezoso y no le gusta caminar ni hacer ninguna actividad en la casa.
DIAGNOSTICO MEDICO: Accidente cerebrovascular en el año 2022
OBSERVACION GENERAL: Paciente que se encuentra caminando sin ayudas externas orientado en persona y espacio en compañía de esposa la Señora Gabriela.
DOLOR: Manifiesta NO

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
HOMBRO -> FLEXION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR FLEXION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR EXTENSION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR EXTENSION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR ABDUCCION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR ABDUCCION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR ADUCCION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR ADUCCION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR ROTACION INTERNA: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR ROTACION INTERNA: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR ROTACION EXTERNA: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR ROTACION EXTERNA: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR
CODO -> FLEXION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR FLEXION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR EXTENSION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR EXTENSION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR
ANTEBRAZO -> PRONACION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR PRONACION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR SUPINACION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR SUPINACION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR
MUÑECA -> FLEXION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR FLEXION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR EXTENSION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR EXTENSION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR DESVIACION RADIAL: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR DESVIACION RADIAL: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR DESVIACION CUBITAL: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR DESVIACION CUBITAL: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR

CADERA -> FLEXION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR FLEXION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR EXTENSION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR EXTENSION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR Abd: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR Abd: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR Add: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR Add: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR
RODILLA -> FLEXION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR FLEXION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR
CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR DORSIFLEXION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR PLANTIFLEXION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR PLANTIFLEXION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR INVERSION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR INVERSION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR EVERSION: derecho: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR EVERSION: izquierdo: CONSERVADA MOVILIDAD ARTICULAR
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Hombro Movimiento: Flexión Musculo: Deltoides anterior Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Hombro Movimiento: Extensión Musculo: Dorsal ancho Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Codo Movimiento: Flexión Musculo: Biceps braquial, Braquial anterior, Supinador largo Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Codo Movimiento: Extensión Musculo: Triceps braquial Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Muñeca Movimiento: Flexión Musculo: Palmar mayor, Cubital anterior Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Muñeca Movimiento: Extensión Musculo: Primer radial externo, Segundo radial externo, Cubital posterior Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Cadera Movimiento: Extensión Musculo: Glúteo mayor Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps crural, Semitendinoso, Seminmenbranoso Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Dorsiflexión Musculo: Tibial anterior, Tibial posterior Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Plantiflexión Musculo: Gemelos, Soleo Calificación derecha: 3 Calificación izquierda: 3
RETRACCIONES
Hombro: DELTOIDES ANTERIOR: L, DORSAL ANCHO: L
Codo: BICEPS BRAQUIAL: L, TRICEPS BRAQUIAL; L
Muñeca: CUBITAL ANTERIOR: L, CUBITAL POSTERIOR: L
Cadera: PSOAS ILIACO: L, GLÚTEO MAYOR: L
Rodilla: BICEPS CRURAL; L, CUÁDRICEPS CRURAL: L
Cuello de pie: TIBIAL ANTERIOR: L, GEMELOS: L
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: ROTACIÓN Hombros: CAÍDO Espinas iliacas: ROTACIÓN EXTERNA DE CADERA Rodillas: GENUM VARUM Pie: TORSIÓN TIBIAL INTERNA

COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR
MARCHA
Apoyo de talón: Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: Realiza Cadencia: Realiza Discriminación de cinturas: Realiza Balanceo de brazos: Realiza Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnóstico médico de accidente cerebrovascular que lo limita moderadamente para realizar actividades de movilidad fuerza y marcha.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado.
ESCALAS DE DISCAPACIDAD
BARTHEL: 90 INCAPACIDAD FUNCIONAL DEPENDIENTE LEVE
DIAGNÓSTICOS

Principal: I678-OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:30 am Hora de salida: 9:10 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 8:30:14 - EDAD: 83 años, 9 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:30 am Hora de salida: 9:10 am No. de sesión: 2
CONDUCTA: Paciente refiere sentirse bien, esposa del paciente comenta que el señor Leopoldo se ha encontrado estable.
Paciente que se encuentra deambulando sin ayudas externas, se encuentra estable en compañía de esposa la Señora Gabriela.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 2. Se inicia intervención con estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros superiores e inferiores con tres series cada una de 20 segundos en posición sedente, se realizan ejercicios activos libres de miembros superiores e inferiores en posición sedente con tres series cada una de 10 repeticiones, se trabaja equilibrio dinámico con apoyo bipodal realizando marcha se realizan cinco vueltas. Se culmina sin complicaciones. Se deja estable al paciente en compañía de esposa la Señora Gabriela.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda caminar todos los días 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: jueves, 15 de agosto de 2024 10:30:43 - EDAD: 83 años, 9 meses y 9 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:30 am Hora de salida: 9:10 am No. de sesión: 3
CONDUCTA: Esposa del paciente manifiesta que el señor Leopoldo, en ocasiones está realizando cosas que no debe de realizar, cómo levantarse a las 2 de la mañana a hacer tinto.
Paciente que se encuentra en posición sedente en silla de sala mirando televisión, se encuentra hemodinámicamente estable en compañía de esposa la Señora Gabriela.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 3. Se inicia sesión de terapia con estiramientos pasivos para musculatura en general de hombros, codos y manos, caderas, rodillas y pies con tres series cada una de 20 segundos, se realizan movilizaciones activas asistidas por medio de bastón terapéutico para musculatura en general de miembros superiores en posición sedente con tres series cada una de 10 repeticiones, se realiza ejercicios activos libres de miembros inferiores en posición bípeda con tres series cada una de 10 repeticiones. Se finaliza con ejercicio de semisentadilla con dos series cada una de 10 repeticiones. Se finaliza sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de esposa la Señora Gabriela.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar ejercicios con bastón terapéutico para miembros superiores en posición sedente con tres series cada una 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: 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, 19 de agosto de 2024 8:30:22 - EDAD: 83 años, 9 meses y 9 días

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:30 am Hora de salida: 9:10 am No. de sesión: 4
CONDUCTA: Esposa del paciente manifiesta que el señor Leopoldo se ha encontrado bien, paciente refiere sentirse bien.
Paciente que se encuentra en posición bípeda sin ayudas externas, orientado en tiempo y espacio en compañía de esposa la Señora Gabriela.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión 4. Se realiza intervención con estiramientos pasivos para musculatura en general de cuatro extremidades con tres series cada una de 20 segundos en posición sedente, se realiza ejercicio en cicloergómetro 10 minutos para miembros superiores y 10 minutos para miembros inferiores, se finaliza terapia realizando marcha con banda elástica amarilla de frente, de lado y hacia atrás con dos vueltas. Se culmina sin complicaciones se deja estable al paciente En posición sedente en silla de sala en compañía de esposa la Señora Gabriela.
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: 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: sábado, 24 de agosto de 2024 12:00:53 - EDAD: 83 años, 9 meses y 22 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 pm Hora de salida: 12:40 pm No. de sesión: 5
CONDUCTA: Paciente refiere sentirse bien, esposa del paciente no refiere ninguna novedad nueva.
Paciente que se encuentra deambulando sin ayudas externas, se encuentra orientado en persona y espacio en compañía de esposa.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 5. Se realiza intervención con estiramientos pasivos para musculatura en general de hombros, codos y manos, caderas rodillas y pies con 2 series cada una de 20 segundos en posición sedente, ejercicios isotónicos por medio de banda elástica amarilla para fortalecimiento de miembros superiores e inferiores con 2 series cada una de 10 repeticiones, ejercicios de marcha y equilibrio dinámico. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de esposa.
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
