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

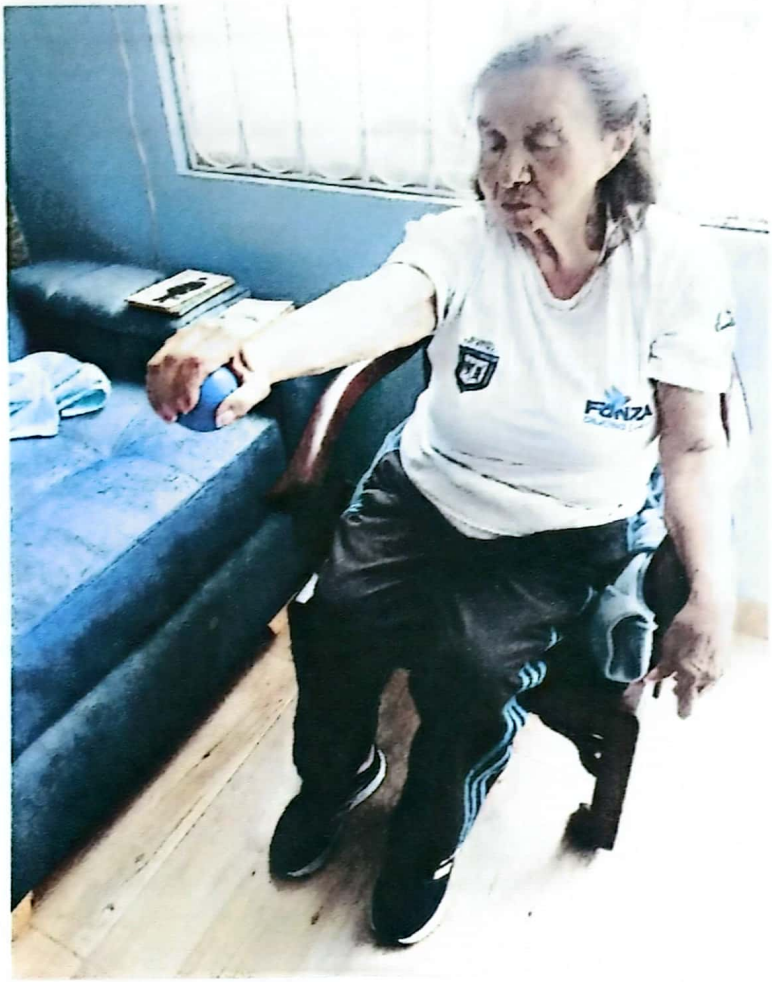
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: MARGARITA MENDEZ

DIRECCIÓN: CARRERA 19A # 94-12 **TELÉFONO:** 3142643988

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
08·08·24	8:00 AM	MARY LUZ MÉNDEZ
13 Agot	12:30 PM	MARY LUZ MÉNDEZ
15 Agosto	12:30 PM	MARY LUZ MÉNDEZ
19 Agosto	1:00 PM	Margarita Méndez &
27 Agosto	12:00 PM	MARY LUZ MÉNDEZ

Powered by CamScanner

CDD 082



Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLINICA PARA MIEMBROS INFERIORES

Historia Nº: 1 Fecha de ingreso: 08 - 08 - 2024
Apellidos MENDEZ PINSON Nombres MARGARITA
Documento de identidad: Tipo: CC Numero : 2021005 Fecha de nacimiento: Día: 29
Mes 09 Año: 39 Sexo: F X M ___ Estado civil: Soltera Municipio: CUNDINAMARCA
Barrio villa diana Dirección: Car 19A # 9A-12 teléfono fijo: 7555450
Móvil: 3142613988 Correo electrónico: osolano1426@gmail.com
Ocupación: PENSIONADA Entidad de salud: NUEVA EPS
Vinculación: COTIZANTE
Empresa: ___ Nºterapias 5 Diagnostico: Artritis Reumatoidea
Acompañante: Mary luz Parentesco: Hija Teléfono 3142613988
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: HACE 20 AÑOS
Fecha de reconocimiento de enfermedad general: 20 AÑOS
Clínica de atención primaria: Biomad calle 18 # 13 - 86 Chapinero
Exámenes diagnósticos realizados: ___
Atención de médicos especialistas: Reumatologia- Psicologia- internista
Tratamientos realizados: Terapia fisica - Terapia Ocupacional
Recomendaciones: Ninguna
Resumen: Paciente orientada en tiempo, espacio y persona

ANTECEDENTES: EPOC
Patológicos: Artritis Reumatoidea Traumáticos: Niega inguinal
Toxico-alergicos: Niega Quirúrgicos: Amigdalas- Hernia Infecciosos: Niega
Farmacológicos: Acetaminofem, Histerectomia
Metrotesate, Asa, Calcio, Exomeprazol, lidocaina, imipramina,
VALORACION TERAPEUTICA Acetaminofem con tramadol
Dolor: Rodilla izquierda Tobillo derecho, MANOS, BRAZO derecho
ES CONSTANTE y Fuerte Escala Análoga Verbal 6/10
Sensibilidad Superficial: Conservada Espasmo: NO PRESENTA
Edema: NO PRESENTA Inflamación: Leve en miembros inferiores
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 hace uso de Aditamentos
Propiocepcion: Leve Alteraciones
Maniobras especiales: NO Se realizan

Powered by CamScanner

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

EXAMEN ARTICULAR

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

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

Postura: Hombro izquierdo elevado
Escoliosis dorsal izquierda
Paciente independiente en actividades de la vida diaria; necesita supervision para traslados por perdida del equilibrio.

Pruebas complementarias:
Piel: Sin alteraciones
Faneras: No Presenta
Trofismo muscular: CONSERVADO
OBSERVACIONES Realiza marcha, sin ayudas externas. Leve alteracion del equilibrio estatico y dinamico

Diagnostico terapéutico: Paciente con diagnostico medico de M069 que presenta limitacion en el sistema osteomuscular secundario a artritis que la limita levemente para realizar actividades de movilidad y fuerza

FIRMA DE LA TERAPEUTA: _____ Registro: 1030559931

Powered by CamScanner

0009 205

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Margarita Mendez Pinzon **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 2021005 **CIE 10:** M065 **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 DE LA 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 teraplas (escribir # de teraplas), es:
DISMINUIR DOLOR
MANTENER MOVILIDAD ARTICULAR Y FUERZA
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 08 08 21 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

CRD 206

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 Mary Luz Hernandez en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 20 212 005 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.

Mary Luz Hernandez

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: 08 · 08 · 2024 HORA: 8:00 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: MARGARITA MENDEZ PINZON Cédula: 2021005

DIAGNOSTICO: ARTRITIS REUMATOIDEA

DIRECCIÓN: CARR 19A # 9A - 12

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 F. Cedula: 1030554431

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Mary Luz Hendez Cedula: 20 21 35463336

Parentesco del paciente: -HIJA Firma: -Mary Luz Hendez

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	MARGARITA MENDEZ	N° DOCUMENTO	1030551431
ENTIDAD	ALCALDIA	FECHA	08. 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	→	30

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: 08 Agosto del 2021

Firma: Mary Luz Hernandez

Nombre: Mary Luz Hernandez

Número de identificación: 35 463336 Bta.

Powered by CamScanner

0009 219

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

Fecha 08 - 08 - 2024 hora 8:00 AM N° de terapias 5

Nombre: MARGARITA MENDEZ Cedula: 2021005

✓ **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 MARY LUZ MÉNDEZ con N° de cedula 35463336

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.

MARY LUZ MÉNDEZ

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0000 211

AUTORIZACIÓN

Yo MARY LUZ MÉNDEZ identificado con cc 35463386 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: MARGARITA MENDEZ **IDENTIFICACION** 2021005

FIRMA_____

FECHA: 08:08:21 **HORA:** 8 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: MARGARITA MENDEZ ***IDENTIFICACION*** 2021005

FECHA: 08·08·24 ***HORA:*** 8 AM ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** ____ ***ARL*** ____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 07:07:25

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 20.212.005

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARGARITA MENDEZ PINZON	
Identificación	CC 20.212.005 Edad: 85 años, 0 meses y 4 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) martes, 29 de agosto de 1939	
Residencia	FUNZA Dirección: CR 19 A NRO 9 A 12 Teléfono: 8222365	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	000 Parentesco: 00 Teléfono: 8222365	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: AL001 - ALCALDIA DE FUNZA Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: HOMBRE
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: jueves, 8 de agosto de 2024 8:00:36 - EDAD: 85 años, 0 meses y 4 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: Amígdalas y hernia inguinal.
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Acetaminofén metrotesate asa calcio exomeprazol lidocaína y imipramina.
PATOLOGICOS: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y artritis reumatoidea.
EPIDEMIOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente manifiesta que le envían las terapias porque tiene artritis y los dolores son muy fuertes a veces.
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con antecedentes de artritis reumatoidea hace 20 años.
OBSERVACION GENERAL: Paciente que se encuentra hemodinámicamente estable, caminando por sus propios medios en compañía de hija la señora Mary.
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: Refiere tener dolor en rodilla izquierda tobillo derecho manos y brazo derecho. Intensidad: 6 Frecuencia: Es constante y fuerte

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

CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: CONSERVADA DORSIFLEXION: izquierdo: CONSERVADA PLANTIFLEXION: derecho: CONSERVADA PLANTIFLEXION: izquierdo: CONSERVADA INVERSION: derecho: CONSERVADA INVERSION: izquierdo: CONSERVADA EVERSION: derecho: CONSERVADA EVERSION: izquierdo: CONSERVADA
COLUMNA -> Cervical FLEXION: derecho: CONSERVADA FLEXION: izquierdo: CONSERVADA EXTENSION: derecho: CONSERVADA EXTENSION: izquierdo: CONSERVADA INCLINACION: derecho: CONSERVADA INCLINACION: izquierdo: CONSERVADA
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: Bíceps braquial, Braquial anterior, Supinador largo Calificación derecha: 3- Calificación izquierda: 3-
Articulación: Codo Movimiento: Extensión Musculo: Tríceps 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, PALMAR MAYOR: L
Cadera: PSOAS ILIACO: L, GLÚTEO MAYOR; L
Rodilla: BICEPS CRURAL; L, CUÁDRICEPS CRURAL: L
Cuello de pie: GEMELOS: L, TIBIAL ANTERIOR: L
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA LATERAL: Actitud corporal: NORMAL Cabeza: PROYECCIÓN ANTERIOR Hombros: NORMAL Columna Vertebral: NORMAL Abdomen: PROTRUIDO Pelvis: ANTEVERSIÓN Rodillas: GENUM RECURVATUM Pie: NORMAL
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Cadera: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

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
TROFISMO: No evaluado
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 M069 te presenta limitación en el sistema osteomuscular secundario artritis reumatoidea que la limita levemente para realizar sus actividades de movilidad y fuerza.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado.
ESCALAS DE DISCAPACIDAD
BARTHEL: 50 INCAPACIDAD FUNCIONAL DEPENDIENTE MODERADO
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA

Hora de ingreso: 8:00 am Hora de salida: 8:40 am No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realiza valoración.
TRABAJO REALIZADO: Se realiza valoración, se explican documentos y se firman como consentimiento informado, tratamiento de datos, derechos y deberes del paciente, registro fotográfico.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Cambios constantes de posición.
Uso de calor en zona de dolor.
Hidratación de la piel.
Realizar movilizaciones articulares.
Marcha 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
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: martes, 13 de agosto de 2024 12:30:13 - EDAD: 85 años, 0 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:30 pm Hora de salida: 1:10 pm No. de sesión: 2
CONDUCTA: Paciente refiere dolor en su tobillo derecho.
Paciente que se encuentra caminando sin ayudas externas, se encuentra hemodinámicamente estable en compañía de hija la señora Mary.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 2.
Se realiza terapia con calor local y corriente tipo tens a 90 hertz en tobillo y pierna del lado derecho durante 10 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros superiores e inferiores en posición sedente con 2 series cada una de 20 segundos, ejercicios activos libres de miembros superiores e inferiores en posición sedente con 3 series cada una de 10 repeticiones, marcha de forma independiente dentro de casa por 10 minutos. 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.
Hidratación de la piel.
Realizar movilizaciones articulares.
Marcha 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

FECHA CONSULTA: jueves, 15 de agosto de 2024 12:30:32 - EDAD: 85 años, 0 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:30 pm Hora de salida: 1:10 pm No. de sesión: 3
CONDUCTA: Paciente refiere tener dolor en su brazo derecho.
Paciente que se encuentra en posición sedente en silla de sala, en el momento se encuentra estable. Orientada en tiempo, espacio persona en compañía de hija la señora Mary.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 3. Se realiza terapia con masaje sedativo a nivel de brazo derecho 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, ejercicios de equilibrio dinámico con apoyo bipodal con cinco vueltas. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de hija la señora Mary.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Cambios constantes de posición.
Uso de calor en zona de dolor.
Hidratación de la piel.
Realizar movilizaciones articulares.
Marcha 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

FECHA CONSULTA: lunes, 19 de agosto de 2024 13:00:43 - EDAD: 85 años, 0 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 1:00 pm Hora de salida: 1:40 pm No. de sesión: 4
CONDUCTA: Paciente refiere sentirse bien, refiere que el día de hoy caminó mucho y que ha tenido dolor en su pie derecho.
Paciente que se encuentra en posición sedente, se encuentra estable. En compañía de hija la señora Mary.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 4. Se realiza sesión con masaje sedativo a nivel de miembros inferiores durante 20 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de MMSS y MMII en posición sedente con 2 series cada una de 20 segundos, ejercicios activos asistidos por medio de bastón terapéutico para miembros superiores en sedente con 3 series cada una de 10 repeticiones y ejercicios activos libres de miembros inferiores en posición sedente con 3 series cada una de 10 repeticiones, se realiza marcha dentro de casa por 10 minutos de forma independiente. 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.
Hidratación de la piel.
Realizar movilizaciones articulares.
Marcha 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

FECHA CONSULTA: martes, 27 de agosto de 2024 12:00:25 - EDAD: 85 años, 0 meses y 4 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 pm Hora de salida: 12:40 pm No. de sesión: 5
CONDUCTA: Paciente refiere sentirse bien.
Paciente que se encuentra caminando sin ayudas externas, se encuentra hemodinámicamente estable en compañía de hija la señora Mary.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 5.
Se realiza terapia con calor local y corriente tipo tens a 90 hertz en tobillo y pierna del lado derecho durante 10 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros superiores e inferiores en posición sedente con 2 series cada una de 20 segundos, ejercicios activos libres de miembros superiores e inferiores en posición sedente con 3 series cada una de 10 repeticiones, marcha de forma independiente dentro de casa por 10 minutos. 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.
Hidratación de la piel.
Realizar movilizaciones articulares.
Marcha 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