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

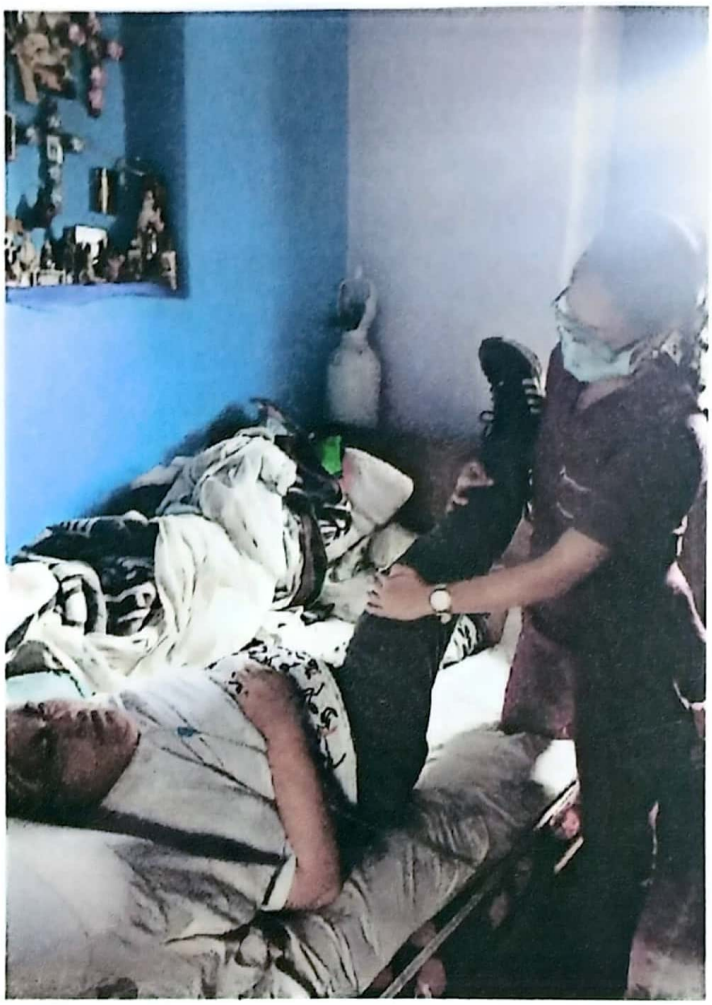
HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: MARIA DOLORES VANEGAS

DIRECCIÓN: FINCA EL TRIUNFO **TELÉFONO:** 3203233784

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
09·08·2024	12:00 PM	
13 Agosto	11:00 AM	
19 AGOSTO	12:00 PM	
22 Agosto	12:00 PM	Diana Pena.
26 Agosto	10:00 AM	

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: 1 Fecha de ingreso: 09 · 08 · 2024

Apellidos VANEGAS SANDOVAL Nombres MARIA DOLORES

Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 41121870 Fecha de nacimiento: Día: 19

Mes: 04 Año: 1944 Sexo: F X M ___ Estado civil: VIUDA Municipio: FUNZA Barrio: 7 mojes Dirección: VEREDA EL TRIUNFO teléfono fijo: 3203233784 Móvil: 3203233784 Correo electrónico: clarasandoval032@gmail.com

Ocupación: HOGAR Entidad de salud: SANITAS Vinculación: BENEFICIARIO

Empresa: ___ Nºterapias 5 Diagnostico: EPOC - ARTRITIS

Acompañante: CLARA SANDOVAL Parentesco: HIJA Teléfono 3133224175

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 3 AÑOS

Clínica de atención primaria: HOSPITAL DE FUNZA

Exámenes diagnósticos realizados: NO PRESENTA

Atención de médicos especialistas: CRONICOS - NEUMOLOGO

Tratamientos realizados: TERAPIAS FISICAS, RESPIRATORIAS Y OCUPACIONALES

Recomendaciones: USO DE OXIGENO DE FORMA PERMANENTE A 2 lt.

Resumen: PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA

ANTECEDENTES:

Patológicos: DIABETES HTA, EPOC Traumáticos: ___

Toxico - alérgicos: NIEGA Quirúrgicos: NIEGA

Infecciosos: URINARIAS Farmacológicos: ARTROVASTATINA, METFORMINA, CARVERIDOL, ASA, NIFEDIPINO, INHALADORES.

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: EN ZONA DE GEMELOS SE PRESENTA AL TACTO

Escala Análoga Verbal 5/10

Powered by CamScanner

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

Sensibilidad Superficial: CONSERVADA

Sensibilidad profunda: CONSERVADA

Espasmo: NO PRESENTA Edema: NO PRESENTA Inflamación: MODERADA EN MMII

Retracciones Musculares: MODERADAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

Atrofias musculares: SIN ALTERACIONES

Tono: NORMOTONICO

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo NO Pie sobre el plano NO Postura intermedia NO Impulso NO

Fase de balanceo: Aceleración NO Oscilación NO Desaceleración NO

Aditamentos para la marcha: NO REALIZA MARCHA

Esferas mentales superiores: PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA

Nivel de conciencia: PACIENTE SIGUE ORDENES

Memoria: PRESENTA MEMORIA A LARGO Y CORTO PLAZO

Lenguaje: FLUIDO Y COHERENTE

PRAXIAS	Movimientos involuntarios patológicos:	GNOSIAS	
• Constructiva • Marcha • Vestirse • Buco – linguo – facial • Escritura		Simples	• Gustativas • Visuales • Olfativas • Auditivas
		Complejas	• Visoespaciales • Esquema corporal

Movilidad articular: USO DE FERULA EN PIE IZQUIERDO POR DEFORMIDAD ARTICULAR EN TOBILLO, DEFORMIDAD EN DEDOS DE MANOS, FLEXION DE CADERAS DE 90°, FLEXION RODILLAS 90-

Coordinación: MODERADA ALTERACION EN MIEMBROS SUPERIORES NO SE VALORA EN MIEMBROS INFERIORES

Equilibrio: NO VALORABLE EN POSICION BIPEDA, SEDENTE SIN ALTERACION

Postura o actitud postural: HOMBROS EN ANTEPULSIÓN, CABEZA EN ANTEPULSION.

Otros sistemas: ADOPTA BIPEDO CON AYUDA DE BASTON Y OTRA PERSONA PERO CON GRAN DIFICULTAD, DA POCOS PAZOS CON AYUDA PERO CON GRAN DIFICULTAD

Observaciones: PACIENTE DEPENDIENTE EN ACTIVIDADES DE TRASLADOS, BAÑO, VESTIDO Y COMIDA. - PACIENTE CON OBESIDAD.

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

Firma de la terapeuta: _____ **Registro:** 1030551431

Powered by CamScanner

0000 103

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

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DOLORES VANEGAS **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 41924870 **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 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 FISIOTERAPEUTA (escribir la profesión) con la orden para realizar 5 terapias (escribir # de terapias), es:
DISMINUIR DOLOR
MANTENER MOVILIDAD
MANTENER 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 09-08-21 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

0000 194

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 Clara Inés Sandoval en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 41474870 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 1030559931

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: 09 08 2021 HORA: 12:00 PM

NOMBRE DEL PACIENTE: VANEGAS SANDOVAL MARIA DOLORES Cédula: 41424870

DIAGNOSTICO: Artritis Reumatoidea

DIRECCIÓN: FINCA EL TRIUNFO

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: Elvia Ines Sandoval Cedula: 51916104 Bta

Parentesco del paciente: Hija Firma: Elvia Sandoval

Powered by CamScanner

0000 136

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Maria Dolores Vanegas	**N° DOCUMENTO**	41424870
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	→	15

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: 09 08 2021

Firma: Elsa Sandoval

Nombre: Elsa Sandoval

Número de identificación: 51961048

Powered by CamScanner

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

Fecha 09. 08. 2024 hora 12:00 N° de teraplas 5

Nombre: Maria Dolores Vanegas Cedula: 41429870

✓ **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 Clara con N° de cedula 819/6 1044 Bta

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 199

AUTORIZACIÓN

Yo - Clara Sandoval identificado con cc 51916104 BF, 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: Maria Vanegas ***IDENTIFICACION*** 41121870

FIRMA_____

FECHA: 09-08-21 ***HORA:*** 12:00 ***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: Maria Vanegas ***IDENTIFICACION*** 41421870

FECHA: 09.08.24 ***HORA:*** 12:00 ***ALCALDIA*** X ***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: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 41.424.870**
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 06:48:25

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARIA DOLORES SANDOVAL VANEGAS	
Identificación	CC 41.424.870 Edad: 80 años, 4 meses y 13 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) jueves, 20 de abril de 1944	
Residencia	FUNZA Dirección: FINCA EL TRIUNFO Teléfono: 3203233784	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	NANCY MURILLO Parentesco: HIJA Teléfono: 3117757311	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: viernes, 9 de agosto de 2024 12:00:56 - EDAD: 80 años, 3 meses y 29 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: Infecciones urinarias
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Atorvastatina metformina carveridol asa nifedipino inhaladores.
PATOLOGICOS: Insuficiencia cardíaca artritis reumatoidea hipertensión arterial y EPOC.
EPIDEMIOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente refiere que le envían las terapias ya que sufre de artritis reumatoidea y esto le ocasiona dolores en todo su cuerpo y limitación en la movilidad y para caminar.
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con antecedentes de artritis reumatoidea de 3 años de evolución.
OBSERVACION GENERAL: Paciente que se encuentra en sedente en silla de ruedas, se encuentra hemodinámicamente estable, orientada en tiempo espacio y persona en compañía de hija.
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: Se presenta dolor en zona de gemelos Intensidad: 5 Frecuencia: Se presenta al tacto

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
HOMBRO -> FLEXION: derecho: CONSERVADO FLEXION: izquierdo: CONSERVADO EXTENSION: derecho: CONSERVADO EXTENSION: izquierdo: CONSERVADO ABDUCCION: derecho: CONSERVADO ABDUCCION: izquierdo: CONSERVADO ADUCCION: derecho: CONSERVADO ADUCCION: izquierdo: CONSERVADO ROTACION INTERNA: derecho: CONSERVADO ROTACION INTERNA: izquierdo: CONSERVADO ROTACION EXTERNA: derecho: CONSERVADO ROTACION EXTERNA: izquierdo: CONSERVADO
CODO -> FLEXION: derecho: CONSERVADO FLEXION: izquierdo: CONSERVADO EXTENSION: derecho: CONSERVADO EXTENSION: izquierdo: CONSERVADO
ANTEBRAZO -> PRONACION: derecho: CONSERVADO PRONACION: izquierdo: CONSERVADO SUPINACION: derecho: CONSERVADO SUPINACION: izquierdo: CONSERVADO
MUÑECA -> FLEXION: derecho: CONSERVADO FLEXION: izquierdo: CONSERVADO EXTENSION: derecho: CONSERVADO EXTENSION: izquierdo: CONSERVADO DESVIACION RADIAL: derecho: CONSERVADO DESVIACION RADIAL: izquierdo: CONSERVADO DESVIACION CUBITAL: derecho: CONSERVADO DESVIACION CUBITAL: izquierdo: CONSERVADO
CADERA -> FLEXION: derecho: 90° FLEXION: izquierdo: 90° EXTENSION: derecho: CONSERVADO EXTENSION: izquierdo: CONSERVADO Abd: derecho: CONSERVADO Abd: izquierdo: CONSERVADO Add: derecho: CONSERVADO Add: izquierdo: CONSERVADO
RODILLA -> FLEXION: derecho: 90° FLEXION: izquierdo: 90° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: CONSERVADO EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: CONSERVADO

CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: CONSERVADO DORSIFLEXION: izquierdo: 10° PLANTIFLEXION: derecho: CONSERVADO PLANTIFLEXION: izquierdo: -20° INVERSION: derecho: CONSERVADO INVERSION: izquierdo: -30° EVERSION: derecho: CONSERVADO EVERSION: izquierdo: 0°
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Hombro Movimiento: Extensión Musculo: Dorsal ancho Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Hombro Movimiento: Flexión Musculo: Deltoides anterior Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Codo Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps braquial, Braquial anterior, Supinador largo Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Codo Movimiento: Extensión Musculo: Tríceps braquial Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Muñeca Movimiento: Flexión Musculo: Palmar mayor, Cubital anterior 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: 1+
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Plantiflexión Musculo: Gemelos, Soleo Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 1+
RETRACCIONES
Hombro: DELTOIDES ANTERIOR: L, DORSAL ANCHO: L
Codo: BICEPS BRAQUIAL: L, TRICEPS: L
Muñeca: CUBITAL ANTERIOR; L, CUBITAL POSTERIOR: L
Cadera: PSOAS ILIACO: L, GLÚTEO MAYOR:M
Rodilla: BICEPS CRURAL: L, CUÁDRICEPS CRURAL:M
Cuello de pie: TIBIAL ANTERIOR: L, TIBIAL POSTERIOR:M
CONTRACTURAS: en pie izquierdo DEFORMIDADES: en cuello de pie izquierdo, en dedos de las manos, uso de férula en pie izquierdo

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: CIFOSIS Abdomen: PROTRUIDO Pelvis: RETROPULSIÓN Rodillas: GENUM FLEXUM Pie: EQUINO
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: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: BUENO Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: MALO
MARCHA
Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: No Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: No 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 severamente para realizar actividades de movilidad fuerza y marcha.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
ESCALAS DE DISCAPACIDAD
BARTHEL: 15 INCAPACIDAD FUNCIONAL DEPENDIENTE TOTAL
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12 pm Hora de salida: 12:40 pm No. de sesión: 1
CONDUCTA: Se realiza valoración en la primera sesión

TRABAJO REALIZADO: Se realiza valoración, se explica y se firma consentimiento informado, registro fotográfico, derechos y deberes y uso de tratamientos de datos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda cambios constantes de posición.
Hidratación de la piel.
Caminar a tolerancia.
Uso de zapato adecuado para caminar.
Realizar movilizaciones en brazos y piernas.
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 11:00:14 - EDAD: 80 años, 3 meses y 29 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 11 am Hora de salida: 11:40 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Paciente refiere estar bien.
Paciente que se encuentra en posición sedente en silla de ruedas con soporte de oxígeno por cánula nasal a 2 l, se encuentra estable en compañía de hija.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 1. Se inicia terapia con vibromasaje a nivel de miembros inferiores durante 20 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros inferiores en decúbito supino con dos series cada una de 20 segundos, se realizan ejercicios activos libres de miembros inferiores en decúbito supino con dos series cada una de 10 repeticiones, se finaliza con ejercicios activos libres de miembros superiores en posición sedente a borde de caja con dos series de 10 repeticiones. Se culmina sin complicaciones se deja estable la paciente en compañía de hija.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar estiramientos con dos series cada una de 20 segundos en posición decúbito supino 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: viernes, 19 de agosto de 2024 12:00:25 - EDAD: 80 años, 4 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 pm Hora de salida: 12:40 pm No. de sesión: 3
CONDUCTA: Paciente refiere sentirse bien.
Paciente que se encuentra en silla de ruedas hemodinámicamente estable, con soporte de oxígeno por cánula nasal a 2 l. En compañía de familiares.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión # 3. Se realiza terapia con masaje sedativo a nivel de zona cervical y miembro superiores durante 20 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 3 series cada una de 10 repeticiones en posición sedente. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de familiares.
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

FECHA CONSULTA: jueves, 22 de agosto de 2024 12:00:02 - EDAD: 80 años, 4 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 12:00 pm Hora de salida: 12:40 pm No. de sesión: 4
CONDUCTA: Paciente refiere que gracias a Dios se ha encontrado bien.
Paciente que se encuentra en silla de ruedas hemodinámicamente estable, con soporte de oxígeno por cánula nasal a 2 l. En compañía de familiares.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 4. Se inicia terapia con vibromasaje a nivel de miembros inferiores durante 20 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros inferiores en decúbito supino con dos series cada una de 20 segundos, se realizan ejercicios activos libres de miembros inferiores en decúbito supino con dos series cada una de 10 repeticiones, se finaliza con ejercicios activos libres de miembros superiores en posición sedente a borde de caja con dos series de 10 repeticiones. Se culmina sin complicaciones se deja estable la paciente en compañía de familiares.
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: M068-OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS ESPECIFICADAS Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431

FECHA CONSULTA: lunes, 26 de agosto de 2024 10:00:15 - EDAD: 80 años, 4 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 am Hora de salida: 10:40 am No. de sesión: 5
CONDUCTA: Paciente refiere sentirse bien sin ninguna novedad.
Paciente que se encuentra en silla de ruedas hemodinámicamente estable, con soporte de oxígeno por cánula nasal a 2 l. En compañía de familiares.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión # 5. Se realiza sesión con vibromasaje a nivel de miembros inferiores durante 20 minutos, estiramientos pasivos para musculatura en general de MMSS y MMII en posición sedente con 3 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 2 series cada una de 10 repeticiones. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de familiares.
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
