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: María Trinidad Correa

DIRECCIÓN: Cra 7A #9-28 Sincelejo **TELÉFONO:** 3003607690

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
15/08/24	3:00 pm	ALEJANDRA GARZÓN.
16/08/24	3:00 pm	ALEJANDRA GARZÓN
20/08/24	3:00 pm	ALEJANDRA GARZÓN.
21/08/24	2:00 pm	
22/08/24	3:00 pm	
23/08/24	3:00 pm	

Powered by CamScanner

0003 148

MARIA TRINIDAD CORREA

20094797



Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLINICA PARA MIEMBROS INFERIORES

Historia Nº: 20094797 Fecha de ingreso: 25/08/24
Apellidos Cerca Nombres María Trinidad
Documento de identidad: Tipo: cc Numero: 20094797 Sexo: F X M
Fecha de nacimiento: Día: 20 Mes: 07 Año: 1938
Ciudad de nacimiento: Bogota
Estado civil: viuda
Municipio: Tunja Barrio: Venezuelita Dirección: Cra 7A # 9-38
Teléfono fijo: - Móvil: 3003607690 Correo electrónico: -
Empresa: - Ocupación o Cargo: -
EPS: Famisanar Contributivo: - Subsidiado: -
Diagnóstico: Osteoartrosis CIE10 M150 Nº terapias 6
Acompañante: Alejandra Garzon Parentesco: nieta Teléfono 3003607690

Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: Alcaldía

Cronología de la enfermedad:

Fecha y hora de accidente de trabajo: -
Fecha de reconocimiento de enfermedad profesional: -
Fecha de reconocimiento de enfermedad general: Hace 30 años
Clínica de atención primaria: Consultorio
Exámenes diagnósticos realizados: TAC, resonancia, radiografía
Atención de médicos especialistas: Cirugía, medicina general, ortopedia, ortopedia
Tratamientos realizados: Terapia física y ejercicios
Recomendaciones: -
Resumen:

ANTECEDENTES:

Patológicos: Hipertiroidismo, Hipertensión Traumáticos: caídas recientes
Toxico-alergicos: no Quirúrgicos: Apendicectomía, Histerectomía Infecciosos: -
Farmacológicos: Salvo, Aspirina, colágeno

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: Intenso todo regiado miembros inferiores
Escala Análoga Verbal 10/10
Sensibilidad Superficial: - Espasmo: Cervical, lumbar
Edema: - Inflamación: -
RetraccionesMusculares: rodillas isquiotibiales, cuadriceps

Longitud de miembros inferiores Real y aparente: -
Marcha: Fase de apoyo; choque de talón Pie sobre el plano: Postura intermedia Impulso. Fase de balanceo; aceleración oscilación Desaceleración:.
Aditamentos para la marcha: Caminador
Propiocepcion: conservada
Maniobras especiales: -

Powered by CamScanner

0000 150

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

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CADERA	
80°	Flexión	80°
20°	Extensión	20°
30	Abducción	30°
0	Aducción	0
70°	Rotación interna	70°
70	Rotación externa	70°
	RODILLA	
	Flexión	
	Extensión	
/	**PIE**	/
	Dorsiflexión	
	Plantiflexión	
	Invesión	
	Eversión	

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	Músculos	Izquierdo
	CADERA	
	Psoas mayor	
	Iliaco	
	Sartorio	
2/5	Glúteo mayor	
	Glúteo mediano	2/5
	Glúteo menor	
	T.F.L	
	ADD	
	R.E.C	
	R.I.C	
2/5	**RODILLA**	
	Cuádriceps	
	Isquiotibiales	
	TOBILLO	2/5
	Gastrosoleos	
	Tibial Anterior	
	Tibial Posterior	
2/5	Peroneros	
	PIE	
	Ext. Común de los dedos	
	Ext. Propio del hallux	
	Flexor común de los dedos	
	Lumbricales, flexor corto del hallux	

Pruebas complementarias:

Piel: —

Faneras: —

Trofismo muscular: —

OBSERVACIONES

/ / /

DIAGNOSTICO TERAPÉUTICO: Paciente con alteración en dominio osteo muscular en rangos de movilidad articular, deficiencia motora mucha.

FIRMA TERAPEUTA: Sindy Fernández Registro: 029562

Calle 11 N°10ª-79 Funza Tel, 8263636 e-mail; humanavitals.a.s@hotmail.com
Página web www.humanavital.com

Powered by CamScanner

0000 151

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

NOMBRE DEL PACIENTE: María Fanidad Correa **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 20094797 **CIE 10:** M750 **DIAGNOSTICO:** Osteoartrosis

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:

Implementar diferentes estrategias que permitan disminuir los efectos negativos de la enfermedad y del sedentarismo

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 # (6)7, enviado por el especialista en Fisioterapia (escribir la profesión) con la orden para realizar 6 teraplas (escribir # de terapias), es:
Aumentar rangos de movilidad articular en ten superior e inferior
Aumentar fuerza muscular en miembros superior e inferior
Mejorar la higiene postural

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.) diarios. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 25/08/24 y terminara el día 23/08/24 (escriba la fecha de inicio y finalización de la terapia formato DD-MM-AA)

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (A usted se le realizara lo que se encuentra marcado con un x en la línea izquierda)

✓ Terapia sedativa: Masaje, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia. En este caso a usted se le va a omitir; _____

✓ Movilidad articular ✓ Ejercicios activos ___ Ejercicios pasivos ✓ Fortalecimiento muscular
✓ Estiramientos musculares ___ Ejercicios propioceptivos ___ Entrenamiento de marcha ✓ Higiene postural

Otros

_____

RIESGOS: Durante el tratamiento usted puede sentir malestar e incremento del dolor después del primer día de fisioterapia y con cada ejercicio nuevo usted puede presentar inflamación y dolor.

ALTERNATIVAS: Si usted no desea realizar la terapia siempre tiene la opción de consultar nuevamente a su doctor; para el manejo de dolor debe dirigirse a la clínica de dolor; para restaurar su movilidad funcional consultar una segunda opinión ya sea del ortopedista o del fisiatra.

Powered by CamScanner

0000 102

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 ALEJANDRA GARZÓN en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de Identidad # 1073512282 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

Sindy Fernández 1073516537

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 029582

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: 25/08/24 HORA: 3:00 pm

NOMBRE DEL PACIENTE: María Trinidad Correa Cédula: 20094292

DIAGNOSTICO: Osteoartrosis

DIRECCIÓN: Cra 7A # 9-28 Sarzuelita

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: /

¿Se puede realizar la terapia en el domicilio evaluado? SI / NO

Si su respuesta es NO describa por qué: /

Datos del evaluador:

NOMBRE: Sindy Fernanda Cedula: 1073576331

La visita fue atendida por:

NOMBRE: ALEJANDRA. BARZÓN Cedula: 1003[illegible]690.

Parentesco del paciente: NIETA. Firma:

Powered by CamScanner

0000 151

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Maria Trinidad Correa	N° DOCUMENTO	20094797
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	15/08/24

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	→	65

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: 15/09/24

Firma: _____

Nombre: ALEJANDRA GARZON

Número de Identificación: 1073512282

Powered by CamScanner

0000 156

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

Fecha 25/08/24 hora 3:00pm N° de terapias 6

Nombre: Maria Soledad Correa Cedula: 20094797

✓ **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 ELEANORA GARZÓN con N° de cedula 1085122787

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

0003 157

Yo ALEJANDRA CARZÓN identificado con cc 1073512697 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 Mirledd Correa **IDENTIFICACION** 20094797

FIRMA

FECHA: 15/08/24 **HORA:** 3:00pm **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: Sindy Fernández

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Manu Trinidad Correa ***IDENTIFICACION*** 200947997

FECHA: 15/08/24 ***HORA:*** 3:00pm ***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, viernes, 30 de agosto de 2024 21:41:22

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 20.094.797

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARIA TRINIDAD CORREA MORENO	
Identificación	CC 20.094.797 Edad: 86 años, 7 meses y 10 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) jueves, 20 de enero de 1938	
Residencia	FUNZA Dirección: KR 7 A # 9 - 28 Teléfono: 8 26 02 25	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	******** Parentesco: 00 Teléfono: *******	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPSS CONVIDA Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (con unión marital de hecho) (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: jueves, 15 de agosto de 2024 21:14:46 - EDAD: 86 años, 7 meses y 10 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: Apendicetomía
Fractura de muñeca
TRAUMATICOS: Caídas desde su propia altura
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Calcio
Pregabalina
Colágeno
PATOLOGICOS: Hipoacusia derecha
Hipertiroidismo
Hipertensión
Neuropatía
Rinitis

EPIDEMIOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria remitido por alcaldía
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con diagnostico medico de Osteoartrosis, con un tiempo de evolución de 20 años
OBSERVACION GENERAL: Paciente quien se encuentra en su domicilio en adecuadas condiciones generales en compañía de familiares
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: región lumbar de predominio derecho Intensidad: 10 Frecuencia: constante

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
CADERA -> FLEXION: derecho: 80° FLEXION: izquierdo: 80° EXTENSION: derecho: 5° EXTENSION: izquierdo: 5° Abd: derecho: 20° Abd: izquierdo: 20° Add: derecho: 20° Add: izquierdo: 20°
EXAMEN MUSCULAR
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: Cadera Movimiento: Rotación externa Musculo: Obturador externo, Cuadrado crural Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Abducción Musculo: Sartorio, Gluteo medio Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2CONTRACTURAS: 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: ROTACIÓN INTERNA Columna Vertebral: CIFOSIS Abdomen: PROTRUIDO Pelvis: RETOVERSIÓN 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 (viso manual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR

EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR 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 diagnostico medico de osteoartrosis, presenta alteración en los dominios osteomuscular en las categorías
de rangos de movilidad articular, desempeño muscular marcha, locomoción y balance lo cual la limita para ejecutar actividades de la vida diaria
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado
ESCALAS DE DISCAPACIDAD
ESCALA FAC: Nivel 2 (hogar deambulación)
DIAGNÓSTICOS
Principal: M150-(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas y de forma pasiva para articulación de cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos, se finaliza con uso de TENS para articulación de rodillas de forma bilateral modo continuo por 15 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): valoración inicial y primera sesión
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: viernes, 16 de agosto de 2024 21:25:17 - EDAD: 86 años, 7 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa haciendo uso de cicloergómetro para miembros superiores e inferiores por 10 minutos, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, Se realizan diagonales de FNP para miembros superiores haciendo uso de banda elástica color amarillo por 8 repeticiones de forma bilateral, se realiza trabajo sensitivo con la técnica de Rodo para regiones de codo, muñeca y mano de forma bilateral por 5 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M150-(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: martes, 20 de agosto de 2024 21:26:23 - EDAD: 86 años, 7 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas, cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomería de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos, se finaliza con uso de TENS para región lumbar modo pulsado por 15 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M150-(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: miércoles, 21 de agosto de 2024 21:29:25 - EDAD: 86 años, 7 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas

TRABAJO REALIZADO: Se inicia movilidad articular de forma activa- asistida para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas, cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color verde para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones y con banda elástica cerrada color rojo para miembros inferiores para movimientos de abducción y aducción de cadera 10 repeticiones,, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M150-(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: jueves, 22 de agosto de 2024 21:32:09 - EDAD: 86 años, 7 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa haciendo uso de cicloergómetro para miembros superiores e inferiores por 10 minutos, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomeria de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones y con banda elástica cerrada color rojo para miembros inferiores para movimientos de abducción y aducción de cadera 10 repeticiones, se realizan estiramientos musculares haciendo uso de correa para isquiotibiales y gastro soleos de forma bilateral 5 repeticiones con isometría de 15 segundos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M150-(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: viernes, 23 de agosto de 2024 21:35:27 - EDAD: 86 años, 7 meses y 10 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa para articulación de cuello, hombro, codo, muñecas, cadera, rodillas y cuello de pie de forma bilateral 1 serie de 10 repeticiones, se continua con descargas de peso sobre balón para región palmar y plantar con isomeria de 10 segundos de forma bilateral por 10 repeticiones, se realiza trabajo de fortalecimiento muscular haciendo uso de banda elástica abierta de color amarillo para movimiento de flexión, extensión, abducción de hombro de forma bilateral 2 series de 8 repeticiones, se realiza trabajo de pinzas y agarres haciendo uso de plastilina terapéutica por 10 minutos, se finaliza con uso de TENS para gastro soleos de forma bilateral modo continuo por 15 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

- Paciente refiere que persiste dolor en articulación de cadera con calificación de 8/10 según EAV
- Rangos de movilidad se mantienen según calificación inicial para articulación de cadera flexión de 80º, extensión 5º, abduccion20º, aducción 0º
- Aumento desempeño muscular de 3/5 para agonistas y antagonistas de miembros superiores y miembros inferiores según escala de Daniels
- Paciente quien presenta anteriorización cefálica, protrusión de hombros e hipercifosis dorsal
- No se evidencia edema, ni inflamación
- Se evidencian retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, gastro soleos y cuádriceps de forma bilateral

Se recomienda control con médico tratante, seguir realizando los ejercicios y continuar con Fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M150-(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331
