0000 825

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: MIGUEL ANTONIO GUACANEME

DIRECCIÓN: AV 12 # 10 - 48 **TELÉFONO:** 3124672101

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
6 Agosto	9:30 AM	Marlene Soriano
13 Agosto	7:30 AM	Marlene Soriano
15 Agosto	8:30 AM	Marlene Soriano
20 Agosto	8:00 AM	Marlene Soriano

Powered by CamScanner

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

HISTORIA CLINICA PARA MIEMBROS INFERIORES

Historia Nº: 1 Fecha de ingreso: 6 Agosto 2024
Apellidos GUACANEME BECERRA Nombres MIGUEL ANTONIO
Documento de identidad: Tipo: CC Numero : 3021305 Fecha de nacimiento: Día: 21
Mes: 11 Año: 49 Sexo: F ___ M X Estado civil: SOLTERO Municipio: FUNZA
Barrio: CENTRO Dirección: AV 12 # 10-98 teléfono fijo: 3124672101
Móvil: 3124672101 Correo electrónico: marlenguacaneme@gmail.com
Ocupación: HOGAR Entidad de salud: FAMISANAR
Vinculación: SUBSIDIADO
Empresa: ___ Nºterapias 5 Diagnostico: ARTRITIS REUMATOIDEA
Acompañante: MARLEN SOLANO Parentesco: SOBRINA Teléfono 3124672101
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: HACE 4 AÑOS
Clínica de atención primaria: EN CUALQUIER ENTIDAD
Exámenes diagnósticos realizados: NO PRESENTA
Atención de médicos especialistas: UROLOGO - CARDIOLOGIA - REUMATOLOGIA
Tratamientos realizados: SONDA VESICAL
Recomendaciones: NIEGA
Resumen: PACIENTE ORIENTADA EN PERSONA Y ESPACIO

ANTECEDENTES: SONDA VESICAL, VESICULA, ARTRITIS REUMATOLOGIA
Patológicos: CARDIOPATIA, HTA Traumáticos: NIEGA
Toxico-alergicos: NIEGA Quirúrgicos: NIEGA Infecciosos: VIAS URINARIAS
Farmacológicos: LOSARTAN, INHALADOR, TAMSULOSINA, SULFATO FERROSO

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: EN LAS RODILLAS - LOS BRAZOS ES UN DOLOR CONSTANTE.
Escala Análoga Verbal 6/10
Sensibilidad Superficial: CONSERVADA Espasmo: NO PRESENTA
Edema: NO PRESENTA Inflamación: NO PRESENTA

RetraccionesMusculares: RETRACCIONES LEVES A NIVEL DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.
Longitud de miembros inferiores Real y aparente: SIN ALTERACION.
Marcha: Fase de apoyo; choque de talón NO Pie sobre el plano: SI Postura intermedia SI Impulso. Fase de balanceo; aceleración NO oscilación NO Desaceleración: NO.
Aditamentos para la marcha: CON AYUDA DE OTRA PERSONA
Propiocepcion: ALTERACION MODERADA

Maniobras especiales: ___

Powered by CamScanner

0000 027

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

EXAMEN ARTICULAR

PASIVA

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

EXAMEN MUSCULAR

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

Pruebas complementarias:

Piel: ESCARA EN MALEOLO EXTERNO DE PIE IZQUIERDO

Faneras: NO PRESENTA

Trofismo muscular: CONSERVADO

OBSERVACIONES PACIENTE DEPENDIENTE EN ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS Y DE TRASLADOS

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: 1030554431

Powered by CamScanner

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

NOMBRE DEL PACIENTE: MIGUEL ANTONIO GUACANEME **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 3024305 **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 CONDICIONES FISICAS DEL PACIENTE

BENEFICIOS: Los beneficios que obtendrá de la realización de la terapia serán: Disminución del dolor local, disminución de la inflamación en el área afectada, incremento de arcos de movilidad articular, aumento de fuerza muscular, aumento de propiocepción, entre otros.

Los beneficios a corto plazo que se desarrollará en el ciclo de terapias # 5, enviado por el especialista en FISIOTERAPIA (escribir la profesión) con la orden para realizar 5 terapias (escribir # de terapias), es:
DISMINUIR DOLOR
MANTENER MOVILIDAD Y FUERZA
MANTENER 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 2024 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

0003 229

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 Ana Marlene Soriano G. en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 3.024.305 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.

Ana Marlene Soriano G.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 10305541431

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

0000 230

VALORACIÓN DEL DOMICILIO PARA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICILIARIOS

FECHA: 06 Agosto 2021 HORA: 9:30 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: MIGUEL GUACANEME Cédula: 3021305

DIAGNOSTICO: ARTRITIS REUMATOIDEA

DIRECCIÓN: AV 12 # 10-48

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: Ana Marlene Soriano G. Cedula: 39.707.290

Parentesco del paciente: Sobrina Firma: Marlene Soriano G.

Powered by CamScanner

0000 031

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	MIGUEL GUACANEME	N° DOCUMENTO	3021305
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	6 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 →		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: 06 Agosto 2024

Firma: Ana Marlene Soriano G.

Nombre: Ana Marlene Soriano G.

Número de identificación: 39.707.240

Powered by CamScanner

0003 223

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

Fecha 06 Agosto 2024 hora 9:30 AM N° de terapias 5

Nombre: Miguel Guacaneme Cedula: 3024305

✓ **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 Ana Marlene Soraca G. con N° de cedula 39.707.290

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.

Ana Marlene Soraca G.

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

AUTORIZACIÓN

0000 221

Yo Ana Marlene Soriano identificado con cc 39707290 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: Miguel Guacaneme **IDENTIFICACION** 3021305

FIRMA Ana Marlene Soriano G.

FECHA: 06 08 23 **HORA:** 9:30 AM **ALCALDIA** / **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Powered by CamScanner

0000 835

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: Miguel Guacaneme.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Monica Gonzalez ***IDENTIFICACION*** 30241305

FECHA: 06-08-21 ***HORA:*** 9:30 AM ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Marlene Soriano
CONSENTIMIENTO INFORMADO	M. Soriano
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Marlen Soriano
PLAN CASERO	
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Marlene Soriano

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, lunes, 02 de septiembre de 2024 07:22:30

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 3.021.305

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MIGUEL ANTONIO GUACANEME BECERRA	
Identificación	CC 3.021.305 Edad: 74 años, 9 meses y 9 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) jueves, 24 de noviembre de 1949	
Residencia	FUNZA Dirección: CENTRO DE FUNZA Teléfono: 0000	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	MARLEN GUACANEME Parentesco: FAMILIAR Teléfono: 0000000	
Acompañante	MARLEN GUACANEME Parentesco: FAMILIAR Teléfono: 0000000	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS017 - FAMISANAR Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (Estrato: 2) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: HOMBRE
Discapacidad	NINGUNA Religión: OTRO	G.S. y RH: O+

FECHA CONSULTA: martes, 6 de agosto de 2024 9:30:54 - EDAD: 74 años, 8 meses y 25 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: Infecciones en vías urinarias
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: Losartán inhaladores tambuzolina sulfato ferroso
PATOLOGICOS: Sonda vesical artritis reumatoidea cardiopatía y hipertensión arterial
EPIDEMIOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Sobrina del paciente comenta que su tío como tiene sonda ha presentado obstrucción de la orina y por tal motivo lo han tenido que llevar muchas veces a urgencias, refiere que su tío sufre artritis reumatoidea y esto hace que mantengan con dolores constantes.
DIAGNOSTICO MEDICO: Paciente con antecedentes de artritis reumatoidea hace 4 años.
OBSERVACION GENERAL: Paciente que se encuentra en decúbito supino en cama, orientado en persona y espacio, en compañía de sobrina la señora Marlene.
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: Paciente refiere dolor en rodillas hombros y zona lumbar Intensidad: 6 Frecuencia: El dolor es constante

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
HOMBRO -> FLEXION: derecho: CONSERVADO FLEXION: izquierdo: CONSERVADOCONSERVADOCONSERVADO 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: CONSERVADO FLEXION: izquierdo: CONSERVADO EXTENSION: derecho: CONSERVADO EXTENSION: izquierdo: CONSERVADO Abd: derecho: CONSERVADO Abd: izquierdo: CONSERVADO Add: derecho: CONSERVADO Add: izquierdo: CONSERVADO

RODILLA -> FLEXION: derecho: CONSERVADO FLEXION: izquierdo: CONSERVADO EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: CONSERVADO EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: CONSERVADO
CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: CONSERVADO DORSIFLEXION: izquierdo: CONSERVADO PLANTIFLEXION: derecho: CONSERVADO PLANTIFLEXION: izquierdo: CONSERVADO INVERSION: derecho: CONSERVADOCONSERVADOCONSERVADO INVERSION: izquierdo: CONSERVADO EVERSION: derecho: CONSERVADO EVERSION: izquierdo: CONSERVADO
COLUMNA -> Lumbar FLEXION: derecho: CONSERVADO EXTENSION: derecho: CONSERVADO
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Hombro Movimiento: Extensión Musculo: Dorsal ancho Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Codo Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps braquial, Braquial anterior, Supinador largo Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Muñeca Movimiento: Flexión Musculo: Palmar mayor, Cubital anterior Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps crural, Semitendinoso, Seminmenbranoso Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Pie Movimiento: Flexión de las articulaciones metatarsofalangicas de los dedos Musculo: Lumbricales Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Hombro Movimiento: Flexión Musculo: Deltoides anterior Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Codo Movimiento: Extensión Musculo: Tríceps braquial Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Extensión Musculo: Glúteo mayor Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
RETRACCIONES
Hombro: DELTOIDES ANTERIOR: L, DORSAL ANCHO: L
Codo: BICEPS BRAQUIAL: L, TRICEPS BRAQUIAL: L
Muñeca: CUBITAL ANTERIOR: L, CUBITAL POSTERIOR: L
Cadera: GLÚTEO MAYOR: L, PSOAS ILIACO: L
Rodilla: BICEPS CRURAL: L, CUÁDRICEPS CRURAL: L
Cuello de pie: TIBIAL ANTERIOR: L, GEMELOS: L
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: CLAVÍCULAS ASIMÉTRICAS Hombros: CAÍDO: DERECHO Espinas iliacas: ROTACIÓN INTERNA DE CADERA Rodillas: GENUM VARUM Pie: DEDOS EN GARRA
VISTA LATERAL: Actitud corporal: CLAVÍCULAS ASIMÉTRICAS Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Columna Vertebral: NORMAL Abdomen: NORMAL Pelvis: NORMAL Rodillas: NORMAL 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: MALO
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: MALO Rodillas: MALO Bípedo: REGULAR
MARCHA
Apoyo de talón: No Realiza Apoyo medio: Realiza Despegue de dedos: No Realiza Cadencia: No Realiza Discriminación de cinturas: No Realiza Balanceo de brazos: No Realiza
CICATRIZ: Tamaño 3 cm escara en malebolo externo de pie izquierdo cm Forma Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente con diagnóstico médico de M069 que presenta disfunción en el sistema osteomuscular secundario artritis reumatoidea que lo limita moderadamente para realizar actividades de movilidad fuerza y marcha.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado.
ESCALAS DE DISCAPACIDAD
BARTHEL: 20 INCAPACIDAD FUNCIONAL DEPENDIENTE GRAVE
DIAGNÓSTICOS
Principal: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 9:30 am Hora de salida: 10:10 am 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 7:30:38 - EDAD: 74 años, 8 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7:30 Hora de salida: 8:10 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Paciente manifiesta sentirse bien, sobrina comenta que les tocó irse de urgencias porque la sonda urinaria se le tapó.
Paciente que se encuentra en decúbito supino con elevación de miembros inferiores, se encuentra hemodinámicamente estable en compañía de sobrina la señora Marlene.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión número 2
Se realiza proceso de intervención con calor local y corriente tipo tens a 90 hz a nivel de rodillas, masaje sedativo en miembros inferiores de distal a proximal durante 10 minutos en cada pierna, se realizan 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 culmina sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de sobrina.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar estiramientos con dos series cada una de 20 segundos 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 8:30:44 - EDAD: 74 años, 8 meses y 25 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:30 Hora de salida: 9:10 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Paciente manifiesta sentirse bien, sobrina de la paciente comenta que a veces su tío amanece un poco rígido de las piernas.
Paciente que se encuentra en decúbito supino en cama, orientado en persona y espacio en compañía de sobrina la señora Marlene.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Se inicia sesión de terapia con calor local y corriente tipo tens en rodillas durante 10 minutos, se realiza masaje sedativo en miembros superiores de próxima a la distal durante 10 minutos en cada brazo, se realizan estiramientos pasivos para musculatura en general de miembros superiores con dos series de 20 segundos, movilizaciones activas libres de miembros superiores en posición sedente con dos series cada una de 10 repeticiones. Se culmina sin complicaciones se deja estable al paciente en compañía de sobrina.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Se recomienda realizar movilizaciones activas con dos series de 10 repeticiones en cada brazo 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, 20 de agosto de 2024 8:30:30 - EDAD: 74 años, 9 meses y 8 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 8:40 am No. de sesión: 4
CONDUCTA: Sobrina del paciente comenta que el señor Miguel ha estado un poco decaído.
Paciente que se encuentra en sedente a borde de cama, se encuentra hemodinámicamente estable, orientado en persona. En compañía de sobrina la señora Marlene.
Se hace correcta identificación del paciente.
TRABAJO REALIZADO: Sesión # 4
Se realiza terapia con calor local y corriente tipo tens a 70 hertz en rodillas 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 2 series cada una de 10 repeticiones, marcha con ayuda de terapeuta y sobrina dentro de casa se da una vuelta. Se culmina sin complicaciones se deja estable a la paciente en compañía de sobrina la señora Marlene.
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: M069-ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA Tipo: IMPRESION DIAGNOSTICA
Dr(a). MONICA MARCELA GONZALEZ FORERO CC No. 1.030.554.431 - FISIOTERAPIA - R.M. 1030554431
