0000 070

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: Misael Boyaca Suarez

DIRECCIÓN: Cra 2C 6-02 **TELÉFONO:** 3123174718

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
23 Agosto 24	7:00 AM	
26 Agosto 24	7:00AM	
27 Agosto 24	7:00AM	
29 Agosto 24	7:00AM	
30 Agosto 24	7:00AM	

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

0003 372

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Misael Boyaca Suarez **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1920824242 **CIE 10:** C900 **DIAGNOSTICO:** Mieloma multiple

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: disminuir dolor, mejorar postura, mejorar marcha

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 _____ (escribir la profesión) con la orden para realizar 5 terapias (escribir # de terapias), es: disminucion del dolor, aumento de fuerza

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.) dia de por medio por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 23 Agosto y terminara el día 30 Agosto (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; _____

X Movilidad articular X Ejercicios activos ___ Ejercicios pasivos X Fortalecimiento muscular
X Estiramientos musculares ___ Ejercicios propioceptivos X Entrenamiento de marcha X 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

0003 073

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. Miguel Boyses Suarez en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad #. 19208242 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 1047427290

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: 23 Agosto 2024 HORA: 7:00Am

NOMBRE DEL PACIENTE: Misael Boyaca Suarez Cédula: 19208242

DIAGNOSTICO: Mieloma multiple

DIRECCIÓN: Cra 2C 6-02

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: Julieth Martinez Cedula: 1014742729D

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Misael Boyaca Suarez Cedula: 19208242

Parentesco del paciente: Paciente Firma:

Powered by CamScanner

0003 275

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Miguel Bayona Suarez	N° DOCUMENTO	1920824 12
ENTIDAD	Alcaldia	FECHA	23 Agosto 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 →		50

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: 23 Agosto 2024

Firma:

Nombre: Mikiel Zayleé S.

Número de identificación: 1920824 2

Powered by CamScanner

0000 277

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

Fecha 23 Agosto 2024 hora 7:00AM N° de terapias 5

Nombre: Misael Boyca Suarez Cedula: 19208242

- ✓ **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	X		CÓLERA	X	
HERPES		X	H1N1	X	
DIFTERIA	X		HEPATITIS	X	
NEUMONÍA	X		VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	X	
TUBERCULOSIS	X		CÁNCER		X

- ✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Misael Boyacá S con N° de cedula 19208242

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

0000 078

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: COORDINACION: MAYO 2024 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2024

AUTORIZACIÓN

Yo Miosael Boyaca Jaorez identificado con cc 1920824 12 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: Miosael Boyaca Jaorez ***IDENTIFICACION*** 1920824 12

FIRMA. _____

FECHA: 23 Agosto ***HORA:*** 9:00AM ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** ____ ***ARL*** ____

Powered by CamScanner

0003 879

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: Lileth Martinez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Misael Bayona Suarez ***IDENTIFICACION*** 19208242

FECHA: 23 Agosto ***HORA:*** 7:00Am ***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

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

HISTORIA CLINICA PARA COLUMNA

Historia Nº:_____ Fecha de ingreso: 23 Agosto 2024
Apellidos Boyaca Suarez Nombres Misael
Documento de identidad: Tipo: CC Numero : 1920824 12 Fecha de nacimiento: Día: 01
Mes: 08 Año: 53 Sexo: F____ M X Estado civil: Casado Municipio: Funza
Barrio: Porvenir Dirección: Cra 20 G -02 teléfono fijo: _____
Móvil: 3123174718 Correo electrónico: _____
Ocupación: Pensionado Entidad de salud: Famisanar
Vinculación: Contributivo
Empresa:_____ Nºterapias 5 Diagnostico: C 900
Acompañante: Maria Pardo Parentesco: Esposa Teléfono 3133809959
Entidad de salud por la que ingresa a la IPS: _____

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: Oncolife
Exámenes diagnósticos realizados: _____
Atención de médicos especialistas: neurocirugia, cardiologia, nefrologia, hematologia
Tratamientos realizados: quimioterapia, terapia fisica, terapia ocupacional
Recomendaciones: Realizar ejercicios 2 veces al dia
Resumen: paciente masculino con diagnostico medico de mieloma multiple, refiere dolor dorsolumbar.

ANTECEDENTES:

Patológicos: HTA, hipotiroidismo, cardiopatia Traumáticos: caida desde su propia altura
Toxico-alergicos: niega Quirúrgicos: prostata, vesicula, parotida Infecciosos: niega
Farmacológicos: levotiroxina, ASA, metoprolol, alfuzosina, calcio, fenitoina, aciclovir

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: Columna dorso lumbar
Escala Análoga Verbal 7/10
Sensibilidad Superficial: no muestra Espasmo: paravertebrales
Edema: no presenta Inflamación: no presenta

RetraccionesMusculares: cadena posterior de miembros inferiores.

Longitud de miembros superiores Real: —//—
Longitud de miembros superiores aparente: —//—
Longitud de miembros inferiores Real: —//—
Longitud de miembros inferiores aparente: —//—
Maniobras especiales: test Adams +

Powered by CamScanner

0003 281

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

EXAMEN ARTICULAR

Derecho	Articulación (movimientos)	Izquierdo
	CERVICAL	
	Flexión	
	Extensión	
	Rotación	
	Inclinación	
	LUMBAR	
60	Flexión	60
15	Extensión	15
30	Rotación	30
25	Inclinación	25

EXAMEN MUSCULAR

Derecho	**Músculos**	Izquierdo
	CERVICAL	
	Flexores conjunto de cabeza y cuello	
	Extensores conjuntos de cabeza y cuello	
	Inclinadores laterales	
	TRONCO	
2+/5	Flexores	2+/5
2+/5	Extensores torácicos	2+/5
2+/5	Extensores lumbares	2+/5
2+/5	Oblicuos	2+/5
2+/5	Transverso abdominal	2+/5

Alteraciones posturales: hipercifosis, cadera en anteversion

Pruebas complementarias:

Piel: sin alteracion

Faneras: sin alteracion

Trofismo muscular: sin alteracion

OBSERVACIONES Alteracion al caminar, uso de silla de rueda

Diagnostico terapéutico: nivel musculoesqueletico

FIRMA DE LA TERAPEUTA: _____ Registro: 1047429290

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, jueves, 05 de septiembre de 2024 08:17:49

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 19.208.242

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MISAEL BOYACA SUAREZ	
Identificación	CC 19.208.242 Edad: 71 años, 1 meses y 4 días	
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) sábado, 01 de agosto de 1953	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 2C # 6 - 02 Teléfono: 3123174718	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	MARIA Parentesco: ESPOSA Teléfono: 3208498759	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS017 - EPS FAMISANAR LTDA CAFAM-COLSUBSIDIO Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	CASADO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: HOMBRE
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: viernes, 23 de agosto de 2024 20:58:22 - EDAD: 71 años, 1 meses y 3 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: prostata, vesicula, parpados
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: levotiroxina, asa, metoprolol, atorvastatina, calcio, fenofibrato, aciclovir
PATOLOGICOS: hta, hipotiroidismo, cardiopatia

EPIDEMIOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: paciente con diagnostico medico de mieoloma multiple, con alteración en la marcha
DIAGNOSTICO MEDICO: mieloma multiple con 4 años de evolución
OBSERVACION GENERAL: paciente con dolor dorsolumbar, alteración en marcha y postura
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: columna dorso lumbar Intensidad: 7 Frecuencia: constante

TEST DE MOVILIDAD ARTICULAR (articulación y movimiento)
COLUMNA -> Dorsal FLEXION: derecho: 60 FLEXION: izquierdo: 60 EXTENSION: derecho: 15 EXTENSION: izquierdo: 15 INCLINACION: derecho: 25 INCLINACION: izquierdo: 25
EXAMEN MUSCULAR
Articulación: Columna dorsal Movimiento: Flexión de tronco Musculo: Recto anterio del abdomen Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Columna dorsal Movimiento: Extensión de tronco Musculo: Iliocostal dorsal, Dorsal largo, Espinoso dorsal Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Columna dorsal Movimiento: Rotación de tronco Musculo: Oblicuo mayor, Oblicuo menor Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
RETRACCIONES
Columna dorsal: ILIOCOSTAL DORSAL, DORSAL LARGO, ESPINOSO DORSAL M
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA LATERAL: Actitud corporal: NORMALCabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Columna Vertebral: CIFOSIS Abdomen: NORMAL Pelvis: ANTEVERSIÓN Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Cadera: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas
COORDINACION: Fina (visomanual): BUENA
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: REGULAR Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: REGULAR 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: RealizaDiagnóstico fisioterapéutico: nivel musculoesqueletico
Pronóstico fisioterapéutico: se estima una mejoría del 50%
DIAGNÓSTICOS
Principal: C900-MIELOMA MULTIPLE Tipo: CONFIRMADO NUEVO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7:00 Hora de salida: 8:00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: ejercicio terapéutico
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Extensores, Flexores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de movilidad articular activos en miembros inferiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): se recomienda realizar ejercicios todos los dias, caminatas cortas, mejorar higiene postural
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: lunes, 26 de agosto de 2024 9:12:40 - EDAD: 71 años, 1 meses y 3 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7:00 Hora de salida: 8:00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: ejercicio terapéutico
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de fortalecimiento en miembros inferiores con banda elástica roja
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios concéntricos, Reeducación de marcha
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): continuar con ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: C900-MIELOMA MULTIPLE Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: martes, 27 de agosto de 2024 9:15:09 - EDAD: 71 años, 1 meses y 3 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7:00 Hora de salida: 8:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cineticas, higiene postural
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de movilidad articular global, ejercicios de fortalecimiento con balón terapéutico en miembros superiores, ejercicios de educación postural
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): continuar con ejercicios en casa
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: C900-MIELOMA MULTIPLE Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: jueves, 29 de agosto de 2024 9:17:17 - EDAD: 71 años, 1 meses y 3 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7:00 Hora de salida: 8:00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modaliadades cineticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Abductores Rodilla: Extensores, Flexores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de propiocepcion en sedente, entrenamiento de la marcha
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios de propiocepción, Reeducación de marcha
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): continuar con ejercicios en casa

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: C900-MIELOMA MULTIPLE Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: viernes, 30 de agosto de 2024 9:19:30 - EDAD: 71 años, 1 meses y 3 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7:00 Hora de salida: 8:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Extensores, Flexores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Extensores, Flexores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de educacion postural, ejercicios de fortalecimiento en miembros inferiores con balón terapéutico
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de equilibrio, Reeducación de marcha
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente finaliza plan de tratamiento, se recomienda continuar con rutina de ejercicios 3 veces a la semana, usar corrector de postura
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: C900-MIELOMA MULTIPLE Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290
