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: Alicia Gomez

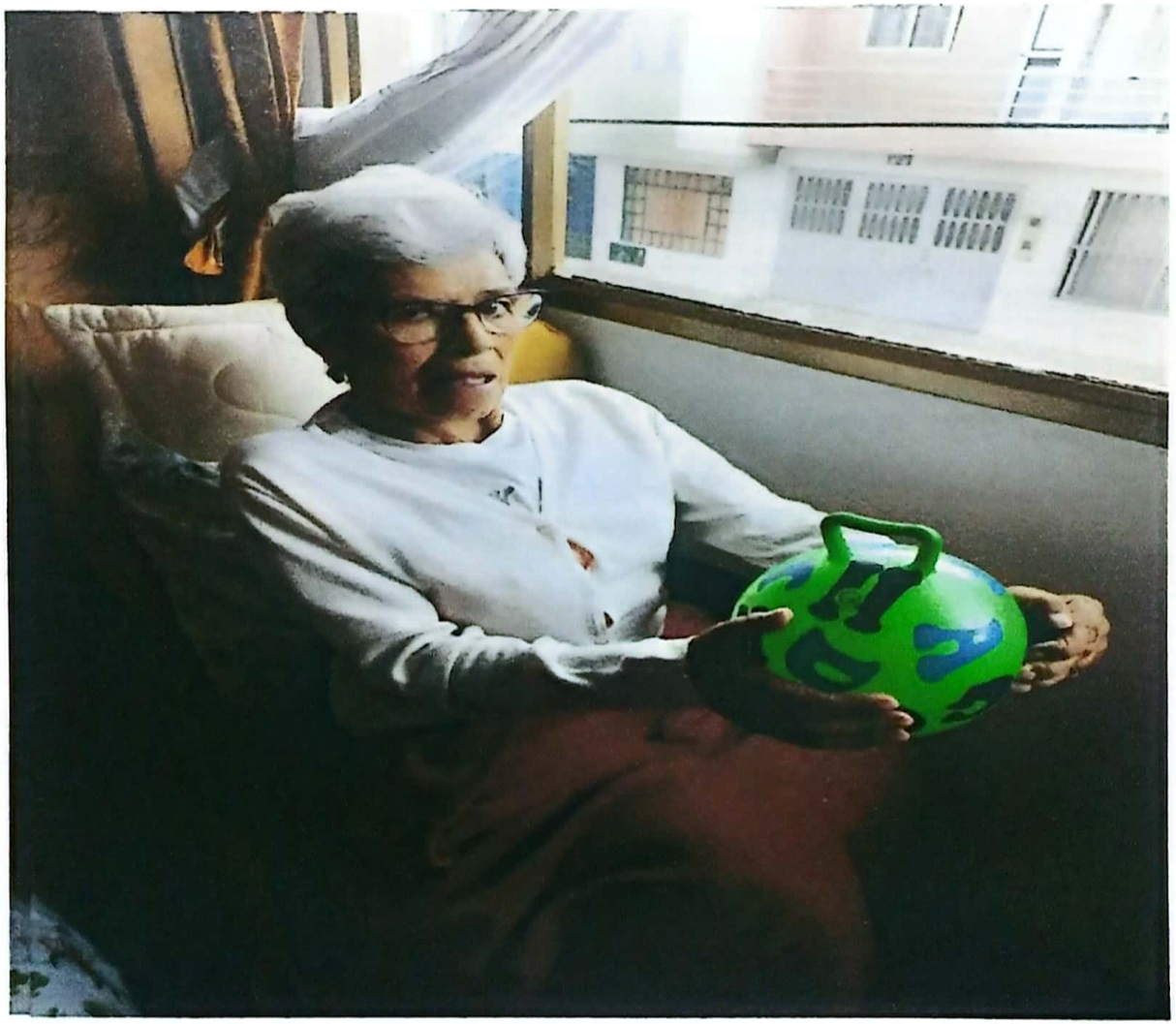
DIRECCIÓN: Cll 9A # 16-09 **TELÉFONO:** 3105738607

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
12-08-2024	17+00	Veronica Gómez
13-08-2024	17+00	Veronica Gómez
14-08-2024	17+00	Veronica Gómez
15-08-2024	17+00	Veronica Gómez
16-08-2024	17+00	Veronica Gómez

Powered by CamScanner

Alicia Gomez

0000 138



Powered by CamScanner

0003 109

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Alicia Gomez **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 41424186 **CIE 10:** G20X **DIAGNOSTICO:** Parkinson

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:

Prevenir Desacondicionamiento

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 Fisica (escribir la profesión) con la orden para realizar 5 terapias (escribir # de terapias), es:

Disminuir Dolor

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.) Diaria. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 12-08-2024 y terminara el día 16-08-2024 (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)

X 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
___ Estiramientos musculares X 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

CCCO 1'0

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 Veronica Gomez en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 414 24 184 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.

x Veronica Gomez

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Monica J Rojardo

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 04775

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: 12-08-2024 HORA: 17h00

NOMBRE DEL PACIENTE: Alicia Gomez Cédula: 41424186

DIAGNOSTICO: Parkinson

DIRECCIÓN: cll 9A # 16-09

El domicilio cuenta:

SERVICIOS	SI	NO
1. Acueducto y alcantarillado	X	
2. Luz	X	
ESPACIO		
3. Ventilación óptima	X	
4. Normas de higiene básica	X	
5. Es suficientemente amplio para el paciente, la terapeuta y un acompañante	X	
6. Cuenta con tomas eléctricas en buen estado	X	
7. Normas de seguridad básicas para el paciente (Pisos, baños, escaleras)	X	
8. Muebles del entorno del paciente en buen estado	X	
9. Cama en buen estado	X	
ACCESO		
10. Existe medios de transporte que lleguen o aproximen al domicilio.	X	
11. Las vías cerca al domicilio son transitables.	X	
12. El entorno donde se encuentra ubicado el domicilio es seguro (Índice de delincuencia mínima)	X	

OBSERVACIONES: /

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

Si su respuesta es NO describa por qué: /

Datos del evaluador:

NOMBRE: Monica J Fajardo Cedula: 11.01 A6.041

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Veronica Gomez Cedula: 41424186

Parentesco del paciente: Hermana Firma: Veronica Gom

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Alicia Gomez	**N° DOCUMENTO**	44 24186
ENTIDAD	Alcaldia	**FECHA**	12-08-2024

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 →		35

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 info@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: 12-08-2024

Firma: Veronica Gómez

Nombre: Veronica Gomez

Número de identificación: 41424186

Powered by CamScanner

0000 141 HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Fecha 12-08-2024 hora 17:00 N° de terapias 5

Nombre: Alica Gomez CC, PAS, TI, RC, PET, CE: 414

✓ **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 Veronica Gomez con N° de cedula 41424186

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.

Veronica Gómez

Firma del paciente o responsable

✓ **CONOCIMIENTO DEL PLANO DE EVACUACIÓN Y QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA**

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco **EL PLANO DE EVACUACIÓN Y QUE HACER EN CASO DE EMERGENCIA** de 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.

Veronica Gómez

Firma del paciente o responsable

YUDY GARZÓN RUIZ

firma de la representante legal

CC. _____

CC. 52.218.958

Powered by CamScanner

0000 145

AUTORIZACIÓN

Yo Veronica Gomez identificado con cc 41424186 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: Alca Gomez **IDENTIFICACION** 41424186

FIRMA Veronica Gomez

FECHA: 12-08-20 **HORA:** 1700 **ALCALDIA** X **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Powered by CamScanner

0003 140

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 J Fajardo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Alicia Gomez ***IDENTIFICACION*** 41424186

FECHA: 12-08-2024 ***HORA:*** 17:00 ***ALCALDIA*** X ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Veronica Fajardo
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Veronica Fajardo
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Veronica Fajardo
PLAN CASERO	Veronica Fajardo
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Veronica Fajardo

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPIA No. 41.424.186**
FUNZA, martes, 20 de agosto de 2024 10:07:53

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ALICIA GÓMEZ ASCENCIO	
Identificación	CC 41.424.186 Edad: 77 años, 5 meses y 15 días	
Nacimiento	FUNZA (CUNDINAMARCA) miércoles, 05 de marzo de 1947	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 9A N 16-09 Teléfono: 8259233	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	VERONICA GOMEZ Parentesco: HERMANA Teléfono: 8259233	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS022 - EPSS CONVIDA Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (viudo) (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: lunes, 12 de agosto de 2024 9:41:20 - EDAD: 77 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 17 Hora de salida: 18 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente en sedente se inicia sesión con estiramientos mantenidos en miembros superiores, se continua con ejercicios activos asistidos con bastón en planos de movimiento, se continua con ejercicios de resistencia con banda elástica amarilla en flexo extensión de codo se realiza 2 series 10 repeticiones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente que inicia ciclo de terapia física por continuidad a la valoración se encontró:
-Arcos de movilidad se mantienen en hombros y codos bilaterales
-Paciente que se encuentra alerta y orientada en sus 3 esferas mentales
-No realiza marcha
-Requiere asistencia para cambios de posición
-Dolor en extremidades superiores, inferiores y columna a 7/10 según EAV persiste al movimiento
-Fuerza muscular generalizada en 2/5 según Daniells
-Retracción muscular en isquiotibiales
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G20X-ENFERMEDAD DE PARKINSON Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: martes, 13 de agosto de 2024 9:50:25 - EDAD: 77 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 17 Hora de salida: 18 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: Encuentro paciente estable con disminución de movimiento involuntario en hemicuero derecho se inicia sesión con masaje céfalo caudal por 7 minutos, se continua con ejercicios de movilidad articular en miembros inferiores, se continua con tomas de peso en puente y de resistencia con banda elástica amarilla paciente tolera actividad, finaliza sin complicación queda en decúbito dorsal en compañía de familiar
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar cambios de postura
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G20X-ENFERMEDAD DE PARKINSON Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: miércoles, 14 de agosto de 2024 9:53:20 - EDAD: 77 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 17 Hora de salida: 18 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCIÓN TERAPIA FÍSICA
Masaje: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Cadera: Flexores, Extensores
TÉCNICAS: BOBATH
OTROS PROCEDIMIENTOS: ejercicios activos con vigiles para manos
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar ejercicios de movilidad
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G20X-ENFERMEDAD DE PARKINSON Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: jueves, 15 de agosto de 2024 9:56:33 - EDAD: 77 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 17 Hora de salida: 18 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: encuentro paciente en sedente se inicia sesión con estiramientos en cabeza y cuello se continúa con ejercicios de resistencia con banda elástica amarilla para hombros se realiza 2 series 10 repeticiones, finaliza con ejercicios de fuerza con pesa artesanal de 1 libra en flexión de hombro 1 series 10 repeticiones
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar estiramientos mantenidos
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G20X-ENFERMEDAD DE PARKINSON Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775

FECHA CONSULTA: viernes, 16 de agosto de 2024 9:59:09 - EDAD: 77 años, 5 meses y 15 días
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA
Hora de ingreso: 17 Hora de salida: 18 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores Hombro: Flexores Muñeca: Desviación radial, Desviación cubital
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Plantiflexión
TÉCNICAS: BOBATH
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente que finaliza ciclo de terapia física domiciliaria a la valoración final se encontró:
Estado de conciencia alerta
-Ubicada en sus tres esferas mentales
-Arcos de movilidad articular se mantiene
-Disminución de movimientos involuntarios en hemicuerpo derecho
- Fuerza muscular se mantiene de 2/5 según Daniel
-traslado en silla de ruedas
Continuar con tratamiento por fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G20X-ENFERMEDAD DE PARKINSON Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). MONICA JHOANA FAJARDO FINO CC No. 1.101.176.041 - FISIOTERAPIA - R.M. 04775
