0003 304

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

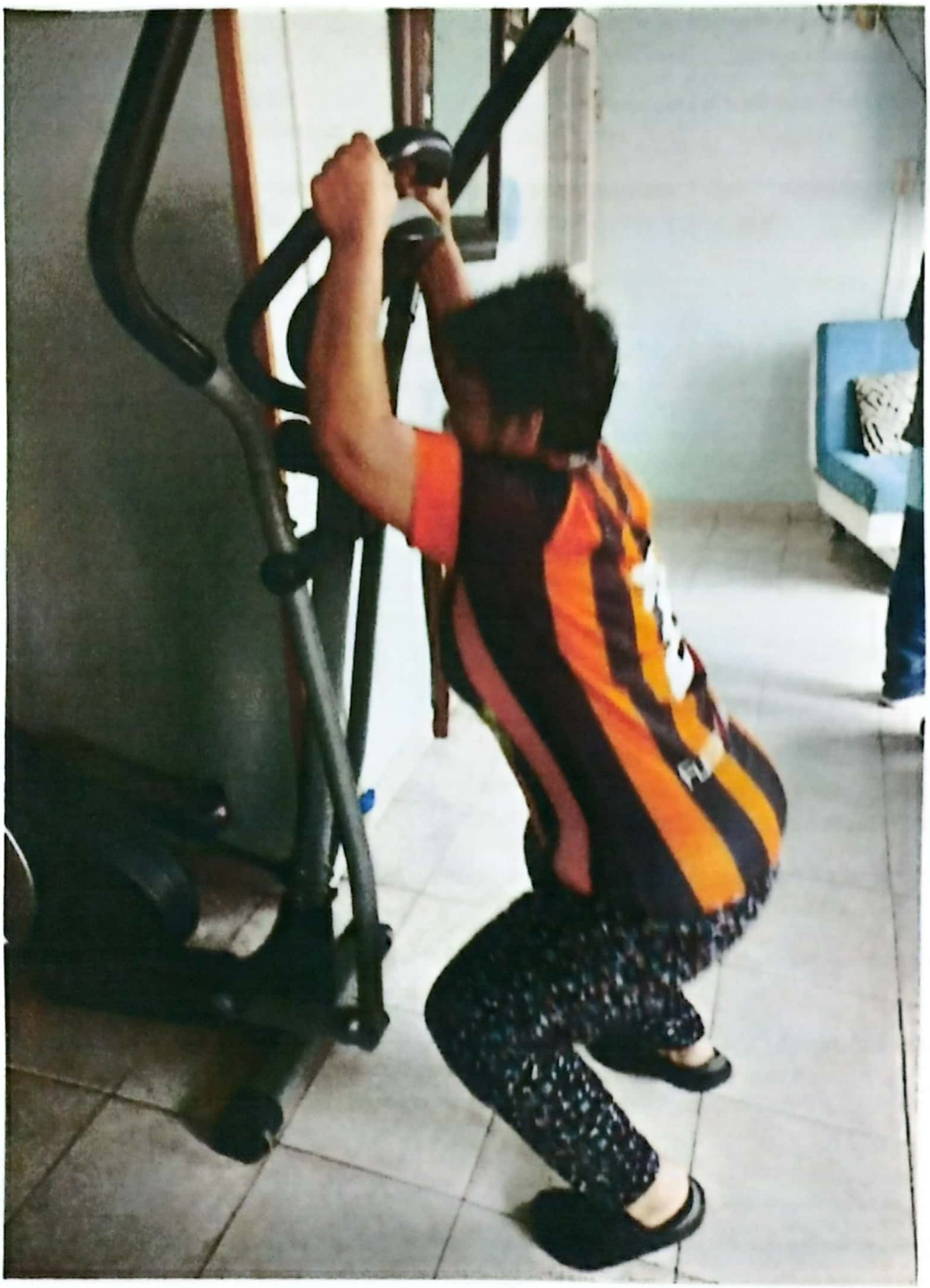
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Amparo Consuelo Prieto.

DIRECCIÓN: Calle 25 # 3-38. **TELÉFONO:** 3204804106

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
20/08/2024	7:00 am	Amparo Prieto
21/08/2024	7:00 am	Amparo Prieto
22/08/2024	7:00 am	Amparo Prieto
23/08/2024	7:00 am	Amparo Prieto
26/08/2024	7:00 am	Amparo Prieto
27/08/2024	7:00 am	Amparo Prieto
28/08/2024	7:00 am	Amparo Prieto

Powered by CamScanner

AMPARO CONSUELO PRIETO



Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/8/2024	CIUDAD: Funza.

NOMBRE DEL PACIENTE: Amparo Consuelo Prieto **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** cc.
NUMERO DE IDENTIFICACION: 35320619 **CIE 10:** M179 **DIAGNOSTICO:** Gonartrosis

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: Mejorar las capacidades condicionales y coordinativas con el fin de favorecer la ejecución de patrones de movimiento

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 # 3, enviado por el especialista en fisioterapia. (escribir la profesión) con la orden para realizar 7 terapias (escribir # de terapias), es:

Mejorar la fuerza muscular y ejecución del patrón de la 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.) diaria. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 20/8/2024 y terminara el día 29/8/2024 (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)

✓ 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

0003 307

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 Amparo Consuelo Prieto en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad #_____ 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.

Amparo Prieto

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Karen Prieto

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 2403

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: 20/08/2024 HORA: 7:00 am

NOMBRE DEL PACIENTE: Amparo Consuelo Prieto Cédula: 35320619

DIAGNOSTICO: Gonartrosis

DIRECCIÓN: Calle 25 # 3-38

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: Karen Prieto Cedula: 1073518716

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Amparo Consuelo Prieto Cedula:

Parentesco del paciente: — Firma: Amparo Prieto

Powered by CamScanner

0003 309

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Amparo Consuelo Prieto	Nº DOCUMENTO	35320619.
ENTIDAD	Alcaldía.	FECHA	20 / 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 →		55

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

0003 010

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: 20/08/2024

Firma: Amparo Prieto

Nombre: Amparo Consuelo Prieto

Número de identificación: 35320619

Powered by CamScanner

0003 011

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

Fecha 20/08/2024 hora 7:00 am N° de terapias 7

Nombre: Amparo Consuelo Prieto Cedula: 35320619

✓ **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 Amparo Consuelo Prieto con N° de cedula 35320619.

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.

Amparo Prieto

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0003 312

AUTORIZACIÓN

Yo Amparo Consuelo Prieto identificado con cc 35320619 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: Amparo Prieto **IDENTIFICACION** 35320019.

FIRMA Amparo Prieto

FECHA: 20/08/24 **HORA:** 7:00 am **ALCALDIA** x **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

Powered by CamScanner

0003 313

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: Karen Prieto

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Amparo C. Prieto ***IDENTIFICACION*** 35320619.

FECHA: 20/8/24 ***HORA:*** 7:00 am ***ALCALDIA*** x ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 35.320.619**
FUNZA, martes, 03 de septiembre de 2024 22:21:02

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	AMPARO CONSUELO PRIETO	
Identificación	CC 35.320.619 Edad: 66 años, 10 meses y 17 días	
Nacimiento	VILLETA (CUNDINAMARCA) jueves, 17 de octubre de 1957	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 25 # 4 - 31 MARTINEZ RICO Teléfono: 3204804406	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	DIANA CONSUELO MALAVER PRIETO Parentesco: HIJA Teléfono: 3045490814	
Acompañante	JAIME MALAVER Parentesco: ESPOSO Teléfono: 3203562700	
Entidad	HUMANA EAPB: EPS008 - COMPESAR EPS Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	CASADO (Estrato: 2) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión: OTRO	G.S. y RH: O+

FECHA CONSULTA: martes, 20 de agosto de 2024 15:12:56 - EDAD: 66 años, 10 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Ultrasonido: 5 MIN de tipo pulsado con una frecuencia de 1 MHz Electro estimulador: 12-15 MIN Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de movilidad activa de rodilla hacia flexión y extensión con 15 repeticiones y 3 series
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios concéntricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente que ingresa al servicio de fisioterapia por continuidad, a la valoración se encontró:
-Inflamación en rodilla izquierda de 1 cm
-Equilibrio y estabilidad con alteración moderada
-Dolor en rodilla derecha, región cervical y brazo derecho con una intensidad de 6/10 según EAV Frecuencia: Constante
-Arcos de movilidad hacia:
RODILLA -> FLEXION: izquierdo: 120°
-Fuerza muscular para:
Articulación: Columna cervical Movimiento: Flexor de cabeza Musculo: Recto anterior de la cabeza Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Columna cervical Movimiento: Extensor de cabeza y gira a un lado Musculo: Recto anterior menor, Recto mayor de la cabeza Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Columna cervical Movimiento: Flexión de cuello Musculo: Esternocleidomastoideo, Flexor largo del cuello Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps crural, Semitendinoso, Semimembranoso Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Dorsiflexión Musculo: Tibial anterior, Tibial posterior Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cuello de pie Movimiento: MIN Termoterapia Musculo: Gemelos, Soleo Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
-Retracciones musculares para:
Columna cervical: ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, FLEXOR LARGO DEL CUELLO M
Columna dorsal: RECTO ANTERIOR DEL ABDOMEN, ILIOCOSTAL DORSAL, DORSAL MLARGO, ESPINOSO DORSAL
Rodilla: SEMINMENBRANOSO M
Cuello de pie: GEMELOS M
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: miércoles, 21 de agosto de 2024 15:18:43 - EDAD: 66 años, 10 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 7 MIN Termoterapia: 7 MIN

ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: MIN Termoterapia, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realiza entrenamiento de la marcha con retroalimentación de la alineación postural
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción
CALENTAMIENTO: Bicicleta
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Seguir las recomendaciones del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: jueves, 22 de agosto de 2024 15:19:00 - EDAD: 66 años, 10 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 7 MIN Termoterapia: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: MIN Termoterapia, Dorsiflexión, Inver y ever
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios concéntricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Seguir las recomendaciones del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: viernes, 23 de agosto de 2024 15:21:34 - EDAD: 66 años, 10 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 7 MIN Termoterapia: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Extensores, Flexores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de movilidad activa de cadera y rodillas hacia flexión y extensión en decúbito supino realizando 3 series de 10 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia, Reeducación de marcha, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Seguir las recomendaciones del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: lunes, 26 de agosto de 2024 20:49:22 - EDAD: 66 años, 10 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de estabilidad y equilibrio con paso de obstáculos con 15 repeticiones, se coloca vibración en extremidades inferiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Seguir las recomendaciones del plan casero

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: martes, 27 de agosto de 2024 20:51:55 - EDAD: 66 años, 10 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 7 MIN Termoterapia: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de fortalecimiento muscular con banda elástica color azul para flexión y extensión realizando 3 series de 10 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios concéntricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Seguir las recomendaciones del plan casero
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403

FECHA CONSULTA: miércoles, 28 de agosto de 2024 20:53:20 - EDAD: 66 años, 10 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 7
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Electro estimulador: 7 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: MIN Termoterapia, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios isométricos con pelota de goma para abducción y flexión de extremidades inferiores realizando 3 series de 10 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Ejercicios isométricos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente que finaliza tratamiento por fisioterapia, a la valoración se encontró:
-Inflamación se mantiene en rodilla izquierda de 1 cm
-Equilibrio y estabilidad mejoro el 15%
-Disminución del dolor en rodilla derecha, región cervical y brazo derecho a 5/10 según EAV Frecuencia: Constante
-Arcos de movilidad se mantienen hacia:
RODILLA -> FLEXION: izquierdo: 120°
-Aumento de fuerza muscular para:
Articulación: Columna cervical Movimiento: Flexor de cabeza Musculo: Recto anterior de la cabeza Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Columna cervical Movimiento: Extensor de cabeza y gira a un lado Musculo: Recto anterior menor, Recto mayor de la cabeza Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Columna cervical Movimiento: Flexión de cuello Musculo: Esternocleidomastoideo, Flexor largo del cuello Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Rodilla Movimiento: Flexión Musculo: Bíceps crural, Semitendinoso, Semimembranoso Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Rodilla Movimiento: Extensión Musculo: Cuádriceps crural Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Cuello de pie Movimiento: Dorsiflexión Musculo: Tibial anterior, Tibial posterior Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
Articulación: Cuello de pie Movimiento: MIN Termoterapia Musculo: Gemelos, Soleo Calificación derecha: 2+ Calificación izquierda: 2+
-Disminución de retracciones musculares para:
Columna cervical: ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, FLEXOR LARGO DEL CUELLO M
Columna dorsal: RECTO ANTERIOR DEL ABDOMEN, ILIOCOSTAL DORSAL, DORSAL MLARGO, ESPINOSO DORSAL
Rodilla: SEMINMENBRANOSO M
Cuello de pie: GEMELOS M

SE RECOMIENDA ASISTIR A CONTROL CON MEDICO TRATANTE, SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN CASERO Y SEGUIR CON TRATAMIENTO POR FISIOTERAPIA

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). KAREN LIZETH PRIETO BELTRAN CC No. 1.073.518.716 - FISIOTERAPIA - R.M. 2403
