Humana Vital S.A.S	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		179
	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: Ana leonor Ortiz

DIRECCIÓN: Cra 6A #70-40 Interior 9 Sorrezuelita **TELÉFONO:** 3123787762

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
5/08/24	3:00 pm	Martha P. Cantor
6/08/24	3:00pm	Ana
7/08/24	3:00pm	Pablo E Cantor Ortiz
8/08/24	3:00pm	Ana
9/08/24	3:00pm	Ana
12/08/24	3:00 pm	Martha P. Cantor

Powered by CamScanner

0000 180

ANA LEONOR ORTIZ

20930750



Powered by CamScanner

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana leonor ortiz **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 20930750 **CIE 10:** J447 **DIAGNOSTICO:** Enfermedad pulmonar obstructiva

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 disminir efectos negativos que conlleven a la perdida del movimiento corporal humano.

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 # 2, enviado por el especialista en fisioterapia (escribir la profesión) con la orden para realizar 6 terapias (escribir # de terapias), es:
Aumento rangos de movilidad articular
mejoral higiene postural
conserva la fuerza muscular

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.) diarias. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 5/08/24 y terminara el día 12/08/24 (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; TENS, Ultrasonido

✓ 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

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 Martha P. Cantor en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 39735805 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.

Martha Patricia Cantor

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Sindy Camargo 1073514131

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 029562

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: 5/05/24 HORA: 4:00pm

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Leonor Ortiz Cédula: 20930750

DIAGNOSTICO: Polineuropatia

DIRECCIÓN: cra 6A # 70-40

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 Fernández Cedula: 1073576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Martha Patricia Cantor Cedula: 39735805

Parentesco del paciente: hija Firma: Martha P. Cantor

Powered by CamScanner

0089 191

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Ana leonor ortiz	**N° DOCUMENTO**	20930750
ENTIDAD	Alcaldía	**FECHA**	5/08/24

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	→	60

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: 5/08/24

Firma: Martha Patricia Cantor

Nombre: Martha Patricia Cantor

Número de identificación: 39735805 Funza.

Powered by CamScanner

0003 103

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

Fecha 5/08/24 hora 4:00pm N° de terapias 6

Nombre: Ana Leonor Ortiz Cedula: 20930750

✓ **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 Martha Patricia Cantor con N° de cedula 39735805

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.

Martha P. Cantor

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0001 107

AUTORIZACIÓN

Yo Martha Patricia Cantor identificado con cc39735805 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: Baleona Ortz **IDENTIFICACION** 20930750

FIRMA Martha P. Cantor

FECHA: 5/08/24 **HORA:** 4:00pm **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: Ana Leonor Ortiz ***IDENTIFICACION*** 20930750

FECHA: 5/08/24 ***HORA:*** 4:00pm ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

DOCUMENTOS ENTREGADOS	FIRMA
DEBERES Y DERECHOS	Martha P. Cantor
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Martha P. Cantor
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	Martha P. Cantor
PLAN CASERO	Martha P. Cantor
AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO	Martha P. Cantor

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, viernes, 30 de agosto de 2024 21:47:44

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 20.930.750

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ANA LEONOR CANTOR	
Identificación	CC 20.930.750 Edad: 73 años, 4 meses y 15 días	
Nacimiento	BOGOTA (CUNDINAMARCA) domingo, 15 de abril de 1951	
Residencia	SERREZUELITA Dirección: CRA 6A # 10-40 Teléfono: 8234131	
Ocupación	NO APLICA Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	GREGORIO CANTOR Parentesco: HIJO Teléfono: 3123787762	
Acompañante	GREGORIO CANTOR Parentesco: HIJO Teléfono: 3123787762	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS008 - COMPESAR EPS 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: lunes, 5 de agosto de 2024 22:16:54 - EDAD: 73 años, 4 meses y 0 días
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 masaje en miembros superiores por 10 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración inicial se evidencia:

- Paciente quien dolor en articulación de cadera con calificación de 10/10 según EVA
- Rangos de movilidad limitados para CADERA -> FLEXION: derecho: 70° FLEXION: izquierdo: 70° EXTENSION: derecho: 5° EXTENSION: izquierdo: 5° Abd: derecho: 20° Abd: izquierdo: 20°
RODILLA -> FLEXION: derecho: 90° FLEXION: izquierdo: 90° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: -10°
- Desempeño muscular de 2+/5 según escala de Daniels para miembros superiores e inferiores
- Se evidencian retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, cuádriceps y gastro soleos de forma bilateral
- Presenta alteración en equilibrio dinámico
- Paciente quien hace uso de silla de ruedas para traslados y desplazamientos
- Paciente oxigeno dependiente
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: martes, 6 de agosto de 2024 22:20:43 - EDAD: 73 años, 4 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
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: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: miércoles, 7 de agosto de 2024 22:22:42 - EDAD: 73 años, 4 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 3

CONDUCTA: Modalidades cinéticas
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
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Replicar los ejercicios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: jueves, 8 de agosto de 2024 22:24:28 - EDAD: 73 años, 4 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
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 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: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: viernes, 9 de agosto de 2024 22:27:49 - EDAD: 73 años, 4 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
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: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: lunes, 12 de agosto de 2024 22:31:42 - EDAD: 73 años, 4 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 15 Hora de salida: 16 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza 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 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 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): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

- Paciente quien refiere disminución leve de dolor en articulación de cadera con calificación de 8/10 según EVA
- Rangos de movilidad se mantienen según calificación inicial CADERA -> FLEXION: derecho: 70° FLEXION: izquierdo: 70° EXTENSION: derecho: 5° EXTENSION: izquierdo: 5° Abd: derecho: 20° Abd: izquierdo: 20°
RODILLA -> FLEXION: derecho: 90° FLEXION: izquierdo: 90° EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: -10° EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: -10°

- Se mantiene desempeño muscular de 2+/5 según escala de Daniels para miembros superiores e inferiores
- Se mantienen retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, cuádriceps y gastro soleos de forma bilateral
- continua alteración en equilibrio dinámico
- Mejoro propiocepción viso manual
- Paciente quien hace uso de silla de ruedas para traslados y desplazamientos
- Paciente oxigeno dependiente

Se recomienda control con médico tratante y continuar con Fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331
