0000 282

A

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

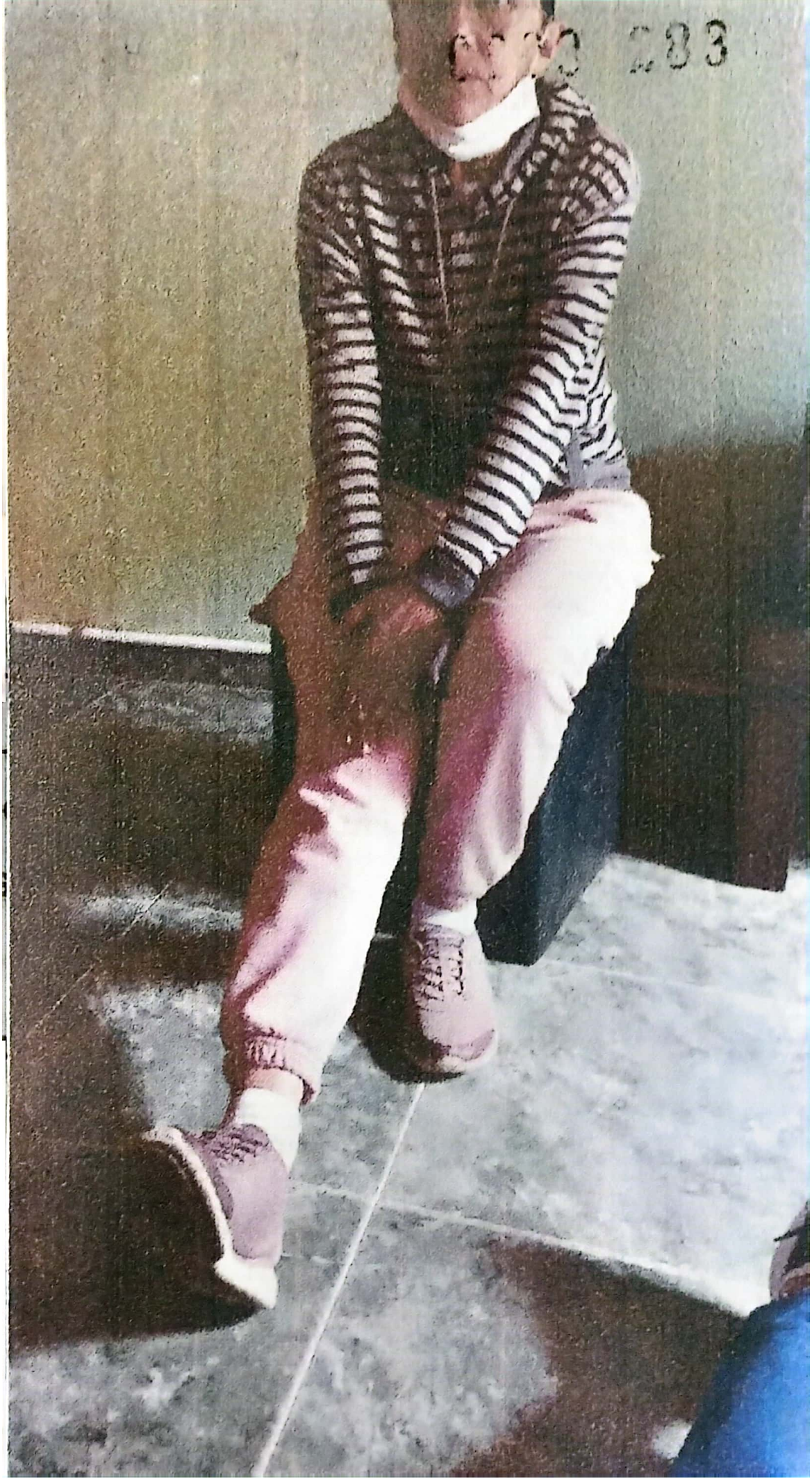
HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana Lucia Bautista Herrera

DIRECCIÓN: C66 22 12-02 **TELÉFONO:** 3197650042

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
8 Agosto 2024	8:00Am	Lucia Bautista
12 Agosto 2024	8:00 Am	Lucia Bautista
22 Agosto 2024	8:00 Am	Lucia Bautista
23 Agosto 2024	8:00 Am	Lucia Bautista
26 Agosto 2024	8:00 Am	Lucia Bautista

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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

HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: _____ Fecha de ingreso: 8 Agosto 2024

Apellidos Bautista Herrera Nombres Ana Lucia

Documento de identidad: Tipo: cc Numero: 20380644 Fecha de nacimiento: Día: 01

Mes: 01 Año: 1961 Sexo: F x M ___ Estado civil: Soltera Municipio:

Funza Barrio: prados de san Andres Dirección: C66 22 12-02 teléfono fijo:

_____ Móvil: 3197650042 Correo electrónico: _____

Ocupación: Hogar Entidad de salud: Famisanar Vinculación: beneficiaria

Empresa: _____ Nºterapias 5 Diagnostico: D329

Acompañante: Vanessa Contreras Parentesco: Hija Teléfono 3197650042

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 y hora de la enfermedad general:
Resección tumor de las meninges hace 3 años

Clínica de atención primaria: Zeferia

Exámenes diagnósticos realizados:
TAC

Atención de médicos especialistas:
neurocirugia

Tratamientos realizados: terapia física, terapia ocupacional

Recomendaciones: Realizar ejercicios 2 veces al dia

Resumen: paciente femenina con resección de tumor en meninges, presenta mareo, alteración del equilibrio.

ANTECEDENTES:

Patológicos: niega Traumáticos: niega
Toxico - alérgicos: niega Quirúrgicos: resección tumor meninges.
Infecciosos: niega Farmacológicos:
fenitoina sodica

VALORACION TERAPEUTICA

Dolor: 0/10 global.

_____ Escala Análoga Verbal_____

Powered by CamScanner

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

Sensibilidad Superficial: Conservada

Sensibilidad profunda: Conservada

Espasmo: no presenta Edema: no presenta Inflamación: no presenta

Retracciones Musculares: no presenta

Atrofias musculares: no presenta
Tono: normotono

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo _ Pie sobre el plano _ Postura intermedia X Impulso _
Fase de balanceo: Aceleración _ Oscilación _ Desaceleración X
Aditamentos para la marcha: marcha independiente
Esferas mentales superiores: Orienta en sus tres esferas
Nivel de conciencia:
Alerta
Memoria: sin alteración
Lenguaje: sin alteracion

PRAXIAS	GNOSIAS	
• Constructiva Conservada • Marcha Conservada • Vestirse Conservada • Buco – linguo – facial Conservada • Escritura Conservada	Simples	• Gustativas Conservada • Visuales Conservada • Olfativas Conservada • Auditivas Conservada
	Complejas	• Visoespaciales sin alteracion • Esquema corporal sin alteracion

Movimientos involuntarios patológicos:
no presenta

Movilidad articular:
arcos de movilidad articular global conservados.

Coordinación: sin alteracion

Equilibrio: alterado apoyo unipodal

Postura o actitud postural: hombros protuidos

Otros sistemas: sin alteracion

Observaciones:
ninguna

Diagnostico fisioterapéutico: Nivel neuromuscular

Firma de la terapeuta: **Registro:** 1047427290

Powered by CamScanner

0003 286

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Lucia Bautista Herrera **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 2038066xxx **CIE 10:** D329 **DIAGNOSTICO:** tumor benigno de las meninges

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 marcha, equilibrio, propiocepcion

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 teraplas (escribir # de terapias), es: aumento de 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.) dia de por medio. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 8 Agosto y terminara el día 26 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; _____

/ 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 207

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 Lucia Bautista en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de Identidad # 20380624 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.

Lucia Bautista

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 1024242290

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: 8 Agosto 2024 HORA: 8:00Am

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Lucia Bautista Herrera Cédula: 20380644

DIAGNOSTICO: Tumor benigno de las meninges

DIRECCIÓN: Cra 22 12 - 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: 1047427290

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Ana Bautista Cedula: 20380644

Parentesco del paciente: Paciente Firma: Lucia Bautista

Powered by CamScanner

0003 080

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Ana Laura Bautista Herrera	**N° DOCUMENTO**	2038064[illegible]
ENTIDAD	Alcaldia	**FECHA**	8 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 →		0

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: 8 Agosto 2024

Firma: Ana Lucia Bautista

Nombre: Ana Lucia Bautista Herrera

Número de identificación: 20380644

Powered by CamScanner

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

Fecha 8 Agosto 2024 hora 8:00Am N° de terapias 5

Nombre: Ana Lucia Bautista Herrera Cedula: 20380644

✓ **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 Lucia Bautista con N° de cedula 20380644

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.

Lucia Bautista

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

AUTORIZACIÓN

Yo Lucia Bautista identificado con cc 20380644 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: Ana Bautista Herrera **IDENTIFICACION** 20380644

FIRMA Lucia Bautista

FECHA: 8 Agosto **HORA:** 8:004ms **ALCALDIA** a **PARTICULAR**_____ **ARL**_____

Powered by CamScanner

0003 093

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: Joliett Martinez

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana Bautista Herrera ***IDENTIFICACION*** 2038[illegible]

FECHA: 8 Agosto ***HORA:*** 8:00Am ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** _____ ***ARL*** _____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, jueves, 05 de septiembre de 2024 08:12:03

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 20.380.644

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ANA LUCIA BAUTISTA	
Identificación	CC 20.380.644 Edad: 63 años, 8 meses y 4 días	
Nacimiento	CACHIPAY (CUNDINAMARCA) domingo, 01 de enero de 1961	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 22 # 12 - 02 ETAPA III CASA 35 Teléfono: 3123307665	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	CAROLINA PEÑA Parentesco: CUIDADORA Teléfono: 3123307665	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS017 - EPS FAMISANAR LTDA CAFAM-COLSUBSIDIO Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: jueves, 8 de agosto de 2024 20:11:34 - EDAD: 63 años, 8 meses y 3 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: reseccion tumor en meninges
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: fenitoina sodia
PATOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: paciente femenina con diagnostico medico de tumor en meninges
DIAGNOSTICO MEDICO: 3 años de evolución
OBSERVACION GENERAL: paciente presenta sensación de mareo constante, alteración del equilibrio
ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta
DOLOR: Manifiesta NO

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: CONSERVADA Tiempo: CONSERVADA Espacio: CONSERVADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: CONSERVADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideomotora: CONSERVADA Construccional: CONSERVADA Orolingofacial: CONSERVADA
Comunicación: Lateralidad:
SISTEMA SENSITIVO:
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Tacto: CONSERVADA Dolor: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
SENSIBILIDAD PROFUNDA Presión: CONSERVADA Vibración: CONSERVADA Propiocepción: CONSERVADA
SENSIBILIDAD CORTICAL Barognosia: CONSERVADA Esterognosia: CONSERVADA Topognosia: CONSERVADA Grafestesia: CONSERVADA Discriminación 2 puntos: CONSERVADA
SISTEMA MOTOR
Tono: No presenta variación Observación: No presenta variación Palpación: No presenta variación Movimiento: No presenta variación
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna
VALORACION FUNCIONAL
DERECHO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
IZQUIERDO Cabeza: BUENO Hombro: BUENO Codo: BUENO Muñeca: BUENO Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
ACTIVIDAD MOTORA VOLUNTARIA (CAMBIOS DECUBITO)
Supino a prono: ADOPTA/MANTIENE Prono a supino: ADOPTA/MANTIENE Sedente a cuadrúpedo: ADOPTA/MANTIENE Cuadrúpedo a rodillas: ADOPTA/MANTIENE Rodillas a bípedo: ADOPTA/MANTIENE
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: SI Ayuda externa: NO Marcha: SI
COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: BUENO Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: BUENO Cuadrúpedo: BUENO 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: Realiza
SISTEMAS COMPLEMENTARIOS: PIEL
PROPIEDADES TROFICAS
Coloración: CONSERVADA Sudoración: CONSERVADA Temperatura: CONSERVADA
PROPIEDADES MECANICAS
Elasticidad: CONSERVADA Extensibilidad: CONSERVADA Movilidad: CONSERVADA
Cicatriz: No Escaras: No Sistema urinario: Normal Sistema digestivo: Normal
Diagnóstico fisioterapéutico: nivel neuromuscular
Pronóstico fisioterapéutico: se estima una mejoría del 80%
DIAGNÓSTICOS
Principal: D329-TUMOR BENIGNO DE LAS MENINGES, PARTE NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 9:00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Flexores, Extensores, Inclinadores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicio de pinzas con plastilina terapéutica
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos MANEJO DE: Pinzas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): se recomienda realizar ejercicios diarios
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, 12 de agosto de 2024 20:18:50 - EDAD: 63 años, 8 meses y 3 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 9:00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicio de fortalecimiento en miembros superiores con balón terapéutico
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos
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: D329-TUMOR BENIGNO DE LAS MENINGES, PARTE NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: jueves, 22 de agosto de 2024 20:21:18 - EDAD: 63 años, 8 meses y 3 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 9:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: ejercicios terapeuticos
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de fortalecimiento en miembros inferiores con banda elástica roja, ejercicios de equilibrio unipodal
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio
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: D329-TUMOR BENIGNO DE LAS MENINGES, PARTE NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: viernes, 23 de agosto de 2024 20:23:55 - EDAD: 63 años, 8 meses y 3 días
EVOLUCION TERAPEUTICA

Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 9:00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: ejercicios terapeuticos
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Extensores, Flexores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios concentrico con balón terapéutico en miembros inferiores, entrenamiento de marcha lateral, retrograda, en puntas, talones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
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: D329-TUMOR BENIGNO DE LAS MENINGES, PARTE NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: lunes, 26 de agosto de 2024 20:26:52 - EDAD: 63 años, 8 meses y 3 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 8:00 Hora de salida: 9:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Extensores, Flexores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realzia descarga de peso en sedente con balón terapéutico en miembros inferiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios de propiocepción
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente finaliza plan de tratamiento, se recomienda continuar con ejercicios de bajo impacto diarios
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: D329-TUMOR BENIGNO DE LAS MENINGES, PARTE NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290
