| 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 |

CC 0 258

## HOJA DE RUTA DIARIA

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO:** Cecilia Granados Gomez

**DIRECCIÓN:** cll 12 19A - 17 **TELÉFONO:** 320 2487095

| FECHA | HORA | FIRMA USUARIO |
|---|---|---|
| 23 Agosto 24 | 10:30 am | Alciva Granados. |
| 27 Agosto 24 | 10:30 am | Alciva Granados. |
| 29 Agosto 24 | 10:00 am | Alciva Granados |
| 30 Agosto 24 | 10:00 am | Alciva granados |
| 31 Agosto 24 | 10:00 am | Alciva granados |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Powered by CamScanner




Powered by CamScanner

CC00 000

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

**NOMBRE DEL PACIENTE:** Cecilia Granados Gomez **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** cc
**NUMERO DE IDENTIFICACION:** 23557430 **CIE 10:** M903 **DIAGNOSTICO:** hipoacusia neurosensorial

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 generalizado, mantener arcos de movilidad articular, mejorar marcha & higiene postural.

**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 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 23 Agosto y terminara el día 31 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

0000 261

**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 Aleixa Granados en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 35320897 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.

Aleixa Granados.

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: 10:30 Am

NOMBRE DEL PACIENTE: Cecilia Granados Gomez Cédula: 23557430

DIAGNOSTICO: hipoacusia neurosensorial, bilateral

DIRECCIÓN: cll 12 17A - 17

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 X NO

Si su respuesta es NO describa por qué:

**Datos del evaluador:**

NOMBRE: Alcira Granados Cedula: 35320897.

**La visita fue atendida por:**

NOMBRE: Alcira Granados Cedula: 35320897.

Parentesco del paciente: Hija. Firma: Alcira Granados



Powered by CamScanner

0000 003

| Humana Vital S.A.S | ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE | Actualizado: Enero 2024<br>Aprobrado: Enero 2024 | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Cecilia Granados Gomez | N° DOCUMENTO | 23557430 |
| 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 → | | 80 |

| 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

0000 004

# 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: Alcira Granados.

Nombre: Alcira Granados

Número de identificación: 35320897



Powered by CamScanner

0003 005

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

Fecha 23 Agosto 2024 hora 10:30Am N° de terapias 5

Nombre: Cecilia Granados Gomez Cedula: 23557430

✓ **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 Alcira Granados con N° de cedula 35320892

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.

Alcira Granados.

Firma del paciente o responsable



Powered by CamScanner

0000 096

| 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:<br>COORDINACION: MAYO 2024<br>REVISADO Y APROBADO:<br>GERENCIA MATO 2024 |

# AUTORIZACIÓN

Yo Alcira Granados identificado con cc 35320897 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:** Cecilia Granados G **IDENTIFICACION** 23557430

**FIRMA** Alcira Granados.

**FECHA:** 23 Agosto **HORA:** 10:30Am **ALCALDIA** X **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:** Julieth Martinez

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO:** Cecilia Granados G. **IDENTIFICACION** 23557430

**FECHA:** 23 Agosto **HORA:** 10:30 AM **ALCALDIA** X **PARTICULAR**____ **ARL**____

| DOCUMENTOS ENTREGADOS | FIRMA |
|---|---|
| DEBERES Y DERECHOS | Alcira Granados. |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO | Alcira Granados. |
| POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS | Alcira Granados |
| PLAN CASERO | Alcira Granados |
| AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO | Alcira Granados |

Powered by CamScanner

## HISTORIA DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA

Historia Nº: _____ Fecha de ingreso: 23 Agosto 2024

Apellidos Granados Gomez Nombres Cecilia

Documento de identidad: Tipo: CC Numero: 23557430 Fecha de nacimiento: Día: 21

Mes: 09 Año: 29 Sexo: F X M ___ Estado civil: Soltera Municipio: Funza Barrio: El palmar Dirección: Cll 12 17A -17 teléfono fijo: _____ Móvil: 3202487095 Correo electrónico: Alira1511@gmail.com

Ocupación: Hogar Entidad de salud: Famisanar Vinculación: Contributivo

Empresa: _____ Nºterapias 5 Diagnostico: H903

Acompañante: Alira Granados Parentesco: Hija Teléfono 3202487095

**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: Con 5 años de evolución

Clínica de atención primaria: Famisanar

Exámenes diagnósticos realizados: Audiometria

Atención de médicos especialistas: otorrinolaringologia.

Tratamientos realizados: terapia ocupacional

Recomendaciones: Realizar ejercicios diarios

Resumen: paciente femenina con discapacidad auditiva, presenta dolor en miembros superiores y disminucion de fuerza muscular

**ANTECEDENTES:**

Patológicos: HTA, gastritis, hipoacusia Traumáticos: niega

Toxico - alérgicos: niega Quirúrgicos: legrado

Infecciosos: niega Farmacológicos: losartan, esomeprazol, acido folico, sulfato ferroso

**VALORACION TERAPEUTICA**

Dolor: miembros superiores constante

Escala Análoga Verbal 8/10



Powered by CamScanner

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

Sensibilidad Superficial: sin alteración

Sensibilidad profunda: sin alteración

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

Retracciones Musculares: retraccion cadena posterior de miembros inferiores.

Atrofias musculares: no presenta

Tono: normotono

Marcha: Fase de apoyo: Choque de apoyo _ Pie sobre el plano X Postura intermedia _ Impulso _
Fase de balanceo: Aceleración _ Oscilación _ Desaceleración X

Aditamentos para la marcha: Baston, silla de ruedas.

Esferas mentales superiores: alterada

Nivel de conciencia: somnolienta - orientado

Memoria: alterada

Lenguaje: alterado

| PRAXIAS | | GNOSIAS | |
|---|---|---|---|
| • Constructiva Alterado | Movimientos involuntarios | Simples | • Gustativas conservada<br>• Visuales conservados<br>• Olfativas conservados<br>• Auditivas alterada |
| • Marcha Alterada | | | |
| • Vestirse sin alteracion | | | |
| • Buco – linguo – facial sin alteracion | | Complejas | • Visoespaciales<br>• Esquema corporal |
| • Escritura Alterado | | | |

s patológicos: no presenta

Movilidad articular: Arcos de movilidad global conservados con dolor

Coordinación: alterado

Equilibrio: alterado

Postura o actitud postural: hipercifosis

Otros sistemas: sin alteracion

Observaciones: ninguna

Diagnostico fisioterapéutico: Nivel neuromuscular

**Firma de la terapeuta:** _____ **Registro:** 1047423290



Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, jueves, 05 de septiembre de 2024 08:14:47

**HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 23.557.430**

DATOS PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| Nombres y apellidos | CECILIA GRANADOS GOMEZ | |
| Identificación | CC 23.557.430 Edad: 95 años, 7 meses y 7 días | |
| Nacimiento | SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) martes, 29 de enero de 1929 | |
| Residencia | FUNZA Dirección: CRA 12 # 17A - 17 Teléfono: 3202487095 | |
| Ocupación | 9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION | |
| Responsable | ALCIRA GARANADOS Parentesco: HIJA Teléfono: 3202487095 | |
| Acompañante | ALCIRA GRANADOS Parentesco: HIJA Teléfono: 3202487095 | |
| Entidad | ALCALDIA EAPB: EPS017 - FAMISANAR Tipo usuario: 12 PARTICULAR | |
| Estado civil | SOLTERO (Estrato: 2) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO) | Sexo: MUJER |
| Discapacidad | NINGUNA Religión: OTRO | G.S. y RH: |

FECHA CONSULTA: viernes, 23 de agosto de 2024 20:35:16 - EDAD: 95 años, 7 meses y 6 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: legrado
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: losartan, esomeprazol, acido folico, sulfato ferroso
PATOLOGICOS: hta, gastritis, hipoacusia

MOTIVO DE CONSULTA: paciente con diagnostico medico de hipoacusia, dolor en miembros superiores, des acondicionamiento físico
DIAGNOSTICO MEDICO: hipoacusia con 5 años de evolución
OBSERVACION GENERAL: paciente presenta dolor constante en miembros superiores, alteración en la marcha, equilibrio y propiocepcion
ESTADO DE CONCIENCIA: Confuso
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: miembros superiores Intensidad: 8/10 Frecuencia: constante

ESFERA MENTAL SUPERIOR
ORIENTACION Persona: ALTERADA Tiempo: ALTERADA Espacio: ALTERADA
NOGSIAS Visual: CONSERVADA Táctil: CONSERVADA Auditiva: CONSERVADA Gustativa: ALTERADA Olfativa: CONSERVADA
PRAXIAS Ideacional: CONSERVADA Ideomotora: CONSERVADA Construccional: ALTERADA Orolingofacial: ALTERADA
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: REGULAR Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR Cadera: REGULAR Rodilla: REGULAR Cuello de pie: REGULAR
IZQUIERDO Cabeza: REGULAR Hombro: REGULAR Codo: REGULAR Muñeca: REGULAR 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 CON AYUDA Cuadrúpedo a rodillas: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA Rodillas a bípedo: ADOPTA/MANTIENE CON AYUDA
ACTIVIDAD MOTORA INVOLUNTARIA
MOVIMIENTOS ANORMALES: Temblor: NO Corea: NO Tics: NO Balismo: NO Ataxia: NO Estereotipados: NO Atetosis: NO
TRASLADOS: Independiente: NO Ayuda externa: SI Marcha: SI
COORDINACION: Fina (visomanual): REGULAR Gruesa (visopedica): REGULAR
EQUILIBRIO DINAMICO: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO ANTEROPOSTERIOR Sedente: BUENO Cuadrúpedo: REGULAR Rodillas: REGULAR Bípedo: REGULAR
EQUILIBRIO ESTATICO LATERAL Sedente: BUENO 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: 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: pronostico reservado
DIAGNÓSTICOS
Principal: H903-HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO

EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:30 Hora de salida: 11:30 No. de sesión: 1
CONDUCTA: modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza movilidad articular pasiva y estiramiento muscular en miembros superiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): se recomienda realizar cambios de posición cada 2 horas, ejercicios pasivos realizado por acompañante
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: martes, 27 de agosto de 2024 20:46:14 - EDAD: 95 años, 7 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:30 Hora de salida: 11:30 No. de sesión: 2
CONDUCTA: modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Mano: Extensores, Flexores Muñeca: Desviación radial, Desviación cubital
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios pasivos de pinzas con plastilina terapéutica
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos MANEJO DE: Pinzas
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): continuar con ejercicios en casa guiados por acompañante
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H903-HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: jueves, 29 de agosto de 2024 20:48:22 - EDAD: 95 años, 7 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 11:00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: modalidades fisicas y cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Extensores, Flexores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios isometricos en miembros superiores con balón terapéutico
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, 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: H903-HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL 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 20:50:42 - EDAD: 95 años, 7 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 11:00 No. de sesión: 4
CONDUCTA: modalidades fisicas y cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Extensores, Flexores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de fortalecimiento en miembros inferiores con balón, entrenamiento de la marcha
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Ejercicios isométricos, 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: H903-HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

FECHA CONSULTA: sábado, 31 de agosto de 2024 20:53:42 - EDAD: 95 años, 7 meses y 6 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10:00 Hora de salida: 11:00 No. de sesión: 5
CONDUCTA: modalidades fisicas y cineticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Crioterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Hombro: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: se realiza ejercicios de fuerza con banda elastica roja en miembros superiores
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Pasivos, Ejercicios excéntricos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): paciente finaliza plan de tratamiento, se recomienda continuar con ejercicios en casa 3 veces a la semana
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: H903-HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr(a). JULIETH CAROLINA MARTINEZ RICARDO CC No. 1.047.427.290 - FISIOTERAPIA - R.M. 1047427290

---