0000 004

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: Elena Silva de Gomez.

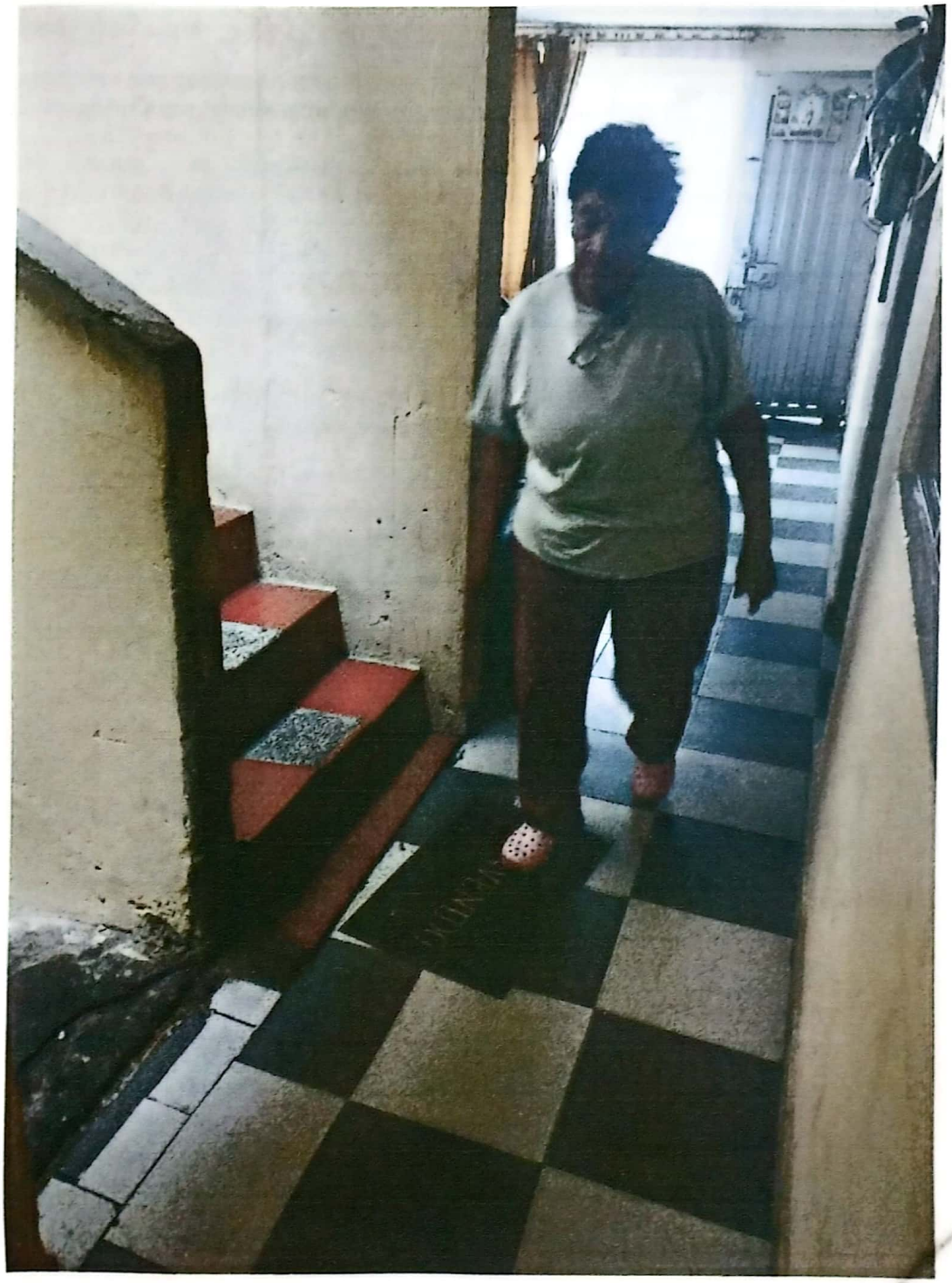
DIRECCIÓN: Calle 25 # 3a - 66 **TELÉFONO:** 3124143042

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
8/08/2024	7:00 am	Elena Silva de gom
9/08/2024	7:00 am	Elena Silva de Gom
12/08/2024	7:00 am	Elena Silva de gom
13/08/2024	7:00 am	Elena Silva de gom
14/08/2024	7:00 am	Elena Silva de gom
15/08/2024	7:00 am	Elena Silva de gom
16/08/2024	7:00 am	Elena Silva de gom

Powered by CamScanner

ELENA SILVA DE GOMEZ

0000 005



Powered by CamScanner

0000 000

Humana Vital S.A.S	CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 8/08/2024	CIUDAD: Funza

NOMBRE DEL PACIENTE: Elena Silva de Gomez. **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 20522209 **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 locomotores y no locomotores

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 _____ terapias (escribir # de terapias), es:

Mejorar la fuerza muscular y estabilidad en miembros inferiores.

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.) diario. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 8/08/2024 y terminara el día 17/08/2024 (escriba la fecha de inicio y finalización de la terapia formato DD-MM-AA)

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (A usted se le realizara lo que se encuentra marcado con un x en la línea izquierda)

✓ 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 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 Elena Silva de Gomez. en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 20522209 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.

Elena Silva de Gomez

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Karin Prada

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: 8 / 08 / 2021 HORA: 7:00 am

NOMBRE DEL PACIENTE: Elena Selva de Gomez Cédula: 20522204

DIAGNOSTICO: Gonartrosis

DIRECCIÓN: Calle 25 # 3a - 66

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 Beltrán Cedula: 1093518716.

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Elena Selva de Gomez Cedula: 20522204

Parentesco del paciente: _____ Firma: Elena Selva de Gomez

Powered by CamScanner

0003 299

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Elena Salva de Gomez.	**N° DOCUMENTO**	Alcaldía.
ENTIDAD	2052 2209	**FECHA**	8 / 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 →		40

RIESGO	PUNTAJE	ACCION
Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermeria ○
Medio	25 a 50	Implementacion del plan de prevencion (X)
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 / 08 / 2024

Firma: Elena Silva de Gamez

Nombre: Elena Silva de Gamez.

Número de identificación: 20522209

Powered by CamScanner

0003 301

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

Fecha 8/08/2024 hora 7:00 am N° de terapias 7

Nombre: Elena Silva de Gomez. Cedula: 20522209

✓ **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 Elena Silva de Gomez. con N° de cedula 20522209

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.

Elena Silva de Gom

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0003 302

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: COORDINACION: MAYO 2024 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2024

AUTORIZACIÓN

Yo Elena Selva de Gomez identificado con cc 20522209 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: Elena Selva ***IDENTIFICACION*** 20522209

FIRMA Elena Selva de Gomez

FECHA: 8/8/24 ***HORA:*** 7:00 am ***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: Karen Recto

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Elena Solva G. ***IDENTIFICACION*** 20522209

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

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión: **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 20.522.209**
FUNZA, martes, 03 de septiembre de 2024 22:18:12

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ELENA SILVA DE GOMEZ	
Identificación	CC 20.522.209 Edad: 75 años, 1 meses y 12 días	
Nacimiento	FACATATIVA (CUNDINAMARCA) viernes, 22 de julio de 1949	
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 25 # 3A-66 MARTINEZ RICO Teléfono: 3124143042	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	LUZ MERY GOMEZ Parentesco: HIJA Teléfono: 312714162	
Acompañante	Parentesco: Teléfono:	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS008 - COMPESAR EPS 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 20:59:19 - EDAD: 75 años, 1 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 1
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
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de movilidad activa de rodilla y cuello de pie en decúbito supino realizando 3 series de 10 repeticiones, entrenamiento de la marcha
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): -Inflamación se mantiene en rodillas bilateral de 1 cm
-Realiza marcha con ayuda externa de bastón de un punto cuando se desplaza fuera de la casa
-Equilibrio y estabilidad mejoro el 20%
-Disminución del dolor en rodillas y cadera bilateral, hombros y brazos bilateral a 5/10 según EAV
-Aumento de arcos de movilidad hacia:
CADERA -> FLEXION: derecho: 105° izquierdo: 105°, EXTENSION: derecho: 30° izquierdo: 30°, Abd: derecho: 30° izquierdo: 30°
RODILLA -> FLEXION: derecho: 105° izquierdo: 105°
-Arcos de movilidad se mantienen hacia:
CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: 20° izquierdo: 20°, PLANTIFLEXION: derecho: 25° izquierdo: 25°, INVERSION: derecho: 15° izquierdo: 15°, EVERSION: derecho: 10° izquierdo: 10°
-Fuerza muscular se mantiene para:
Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Extensión Musculo: Glúteo mayor Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación interna Musculo: Tensor de la fascia lata, Obturador interno, Glúteo menor Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación externa Musculo: Obturador externo, Cuadrado crural 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: Inversión Musculo: Tibial posterior 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:
Cadera: PSOAS ILIACO
Rodilla: SEMINMENBRANOSO
Cuello de pie: GEMELOS
-Mejoro ejecución del patrón de la marcha
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, 9 de agosto de 2024 21:03:09 - EDAD: 75 años, 1 meses y 12 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
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realiza entrenamiento en cicloergómetro por 7 minutos, se realizan ejercicios de fortalecimiento con pesas ajustables en tobillos de 2 kg realizando flexión y extensión de cadera y rodillas realizando 3 series de 10 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos
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, 12 de agosto de 2024 21:07:27 - EDAD: 75 años, 1 meses y 12 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
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realizan ejercicios de coordinación y estabilidad realizando marcha sobre una línea determinada con cambios de dirección realizando 5 repeticiones
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, 13 de agosto de 2024 21:09:35 - EDAD: 75 años, 1 meses y 12 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 Masaje: 5 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Ejercicios de estabilidad de piso pélvico con elevación de cadera en decúbito supino realizando 15 repeticiones, se realiza en coordinación con el patrón respiratorio
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos
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, 14 de agosto de 2024 21:11:51 - EDAD: 75 años, 1 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Rodilla: Flexores, Extensores
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realiza entrenamiento de la marcha con paso de obstáculos y movimientos alternos de extremidades superiores e inferiores realizando 20 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos
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, 15 de agosto de 2024 21:05:18 - EDAD: 75 años, 1 meses y 12 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 7 Hora de salida: 8 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: MIN Termoterapia, Dorsiflexión
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realiza drenaje linfático y ejercicios de bombeo distal con elevación de extremidades realizando 15 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia
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, 16 de agosto de 2024 21:14:59 - EDAD: 75 años, 1 meses y 12 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 Termoterapia: 7 MIN Masaje: 5 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Inver y ever
OTROS PROCEDIMIENTOS: Se coloca vibración en extremidades inferiores, se realizan ejercicios de movilidad activa de cuello de pie realizando 20 repeticiones
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Mecanoterapia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente que finaliza tratamiento por fisioterapia, a la valoración se encontró:
-Realiza marcha con ayuda externa de bastón de un punto cuando se desplaza fuera de la casa
-Equilibrio y estabilidad mejoro el 20%
-Disminución del dolor en rodillas y cadera bilateral, hombros y brazos bilateral a 4/10 según EAV
-Arcos de movilidad se mantienen hacia:
CADERA -> FLEXION: derecho: 105° izquierdo: 105°, EXTENSION: derecho: 30° izquierdo: 30°, Abd: derecho: 30° izquierdo: 30°
RODILLA -> FLEXION: derecho: 105° izquierdo: 105°
-Arcos de movilidad se mantienen hacia:
CUELLO DE PIE -> DORSIFLEXION: derecho: 20° izquierdo: 20°, PLANTIFLEXION: derecho: 25° izquierdo: 25°, INVERSION: derecho: 15° izquierdo: 15°, EVERSION: derecho: 10° izquierdo: 10°
-Fuerza muscular se mantiene para:
Articulación: Cadera Movimiento: Flexión Musculo: Psoas iliaco Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Extensión Musculo: Glúteo mayor Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación interna Musculo: Tensor de la fascia lata, Obturador interno, Glúteo menor Calificación derecha: 2 Calificación izquierda: 2
Articulación: Cadera Movimiento: Rotación externa Musculo: Obturador externo, Cuadrado crural 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: Inversión Musculo: Tibial posterior 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:
Cadera: PSOAS ILIACO
Rodilla: SEMINMENBRANOSO
Cuello de pie: GEMELOS
-Mejoro ejecución del patrón de la marcha

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
