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: Enriqueta Torres Parra

DIRECCIÓN: cra 6 #14-51 Serrezuelita

TELÉFONO: 3123097923

FECHA	HORA	FIRMA USUARIO
5/08/24	2:00 pm	Katia Lozada O
6/08/24	2:00 pm	Nadia Olguin
7/08/24	2:00 pm	Daniel Ojeda
8/08/24	2:00 pm	Maikel Ruiz
9/08/24	2:00 pm	Katia Lozada
12/08/24	2:00 pm	Maikel Ruiz

Powered by CamScanner

ENRIQUETA TORRES

20015795



Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 5/08/24	CIUDAD: Funza

NOMBRE DEL PACIENTE: Enriqueta Torres **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 20075795 **CIE 10:** M819 **DIAGNOSTICO:** Osteoporosis

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:

Fomentar diferentes estrategias que generen rehabilitar el mismo corporal humano y disminuir los efectos negativos propios de la edad.

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 Fisiología (escribir la profesión) con la orden para realizar 6 terapias (escribir # de terapias), es:
Aumentar rangos de movilidad
mejorar equilibrio dinámico
conseguir 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.) diaria. 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; _____

✓ 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 Katia Lozado en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de Identidad # 1010170593 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.

Katia L Lozada O

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Sindy Fernandez 1073576337

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: 5/08/24 HORA: 2:00 ppm

NOMBRE DEL PACIENTE: Enriqueta Torres Cédula: 20075295

DIAGNOSTICO: Osteoporosis

DIRECCIÓN: cra 6 # 14-57

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: 1093576337

La visita fue atendida por:

NOMBRE: Katia Liset Lozada Cedula: 1010170593

Parentesco del paciente: Nieta Firma: Katia L Lozada O

Powered by CamScanner

0000 174

Humana Vital S.A.S	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE	Actualizado: Enero 2024 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Enriqueta Jones	**N° DOCUMENTO**	20075795
ENTIDAD	Alcaldia	**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 → 25

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: Katia L Lozada O

Nombre: Katia Liset Lozada Orjuela

Número de identificación: 1010170593

Powered by CamScanner

0000 173

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

Fecha 5/08/24 hora 2:00pm N° de terapias 6

Nombre: Enriqueta Tomas Cedula: 20075195

✓ **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 Katia Liset Lozada con N° de cedula 1010170593

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.

Katia L. Lozada O.

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

0099 177

AUTORIZACIÓN

Yo Katia Liset Lozada Orjuela identificado con cc 1010170593 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: Enriqueta Torres **IDENTIFICACION** 20075795

FIRMA Katia Liset Lozada O.

FECHA: 5/08/24 **HORA:** 2:00pm **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: Graciela Torres ***IDENTIFICACION*** 20015795

FECHA: 5/08/24 ***HORA:*** 2:00 pm ***ALCALDIA*** ✓ ***PARTICULAR*** ____ ***ARL*** ____

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

Powered by CamScanner

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, viernes, 30 de agosto de 2024 21:50:10

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 20.015.795

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	ENRIQUETA TORRES PARRA	
Identificación	CC 20.015.795 Edad: 88 años, 4 meses y 20 días	
Nacimiento	N/A (CUNDINAMARCA) viernes, 10 de abril de 1936	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 6 # 14 - 51 SERREZUELITA Teléfono: 3128097923	
Ocupación	HOGAR Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	KATIA LOZANO Parentesco: NIETA Teléfono: 3128097923	
Acompañante	KATIA LOZANO Parentesco: NIETA Teléfono: 3128097923	
Entidad	ALCALDIA EAPB: EPS017 - EPS FAMISANAR LTDA CAFAM-COLSUBSIDIO Tipo usuario: 12 PARTICULAR	
Estado civil	SOLTERO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)	Sexo: HOMBRE
Discapacidad	NINGUNA Religión:	G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: lunes, 5 de agosto de 2024 21:01:47 - EDAD: 88 años, 4 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 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, 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 isomeria 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 uso de TENS para articulación de hombro izquierdo modo continuo por 15 minutos.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria por continuidad, a la valoración inicial se evidencia:

- Paciente sin alteración en esferas mentales superiores
- Comunicación conservada
- Rangos de movilidad se evidencian para: flexión de hombros 120°, extensión 30°, abducción 50°, rotaciones 10°, flexión de cadera 90°, extensión 5°, flexión de rodillas 90°, extensión -15°. dorsiflexión, plantiflexion, inversión y eversión de 10°
- Desempeño muscular de 3/5 según escala de Daniels para miembros superiores e inferiores
- Se evidencian retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, cuádriceps y gastro soleos de forma bilateral
- No se evidencia edema ni inflamación
- A la valoración de postura se evidencia flexión de tronco en el momento del patrón de marcha
- Paciente quien hace uso de caminador para traslados y desplazamientos dentro de su hogar

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M819-OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA 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 21:10:41 - EDAD: 88 años, 4 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa 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 isomeria 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 higiene postural y reeducación del patrón de marcha con asistencia de caminador, se finaliza con uso de TENS para miembro superior izquierdo modo pulsado por 15 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: M819-OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA 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 21:13:38 - EDAD: 88 años, 4 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
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 isomeria 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: M819-OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA 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 21:15:47 - EDAD: 88 años, 4 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
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 isomeria 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 pelota terapéutica por 10 minutos, se finaliza con uso de TENS para miembro superior izquierdo modo pulsado por 15 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: M819-OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA 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 21:17:42 - EDAD: 88 años, 4 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: Se realiza movilidad articular de forma activa 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 isomeria 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 coordinación viso manual por 10 minutos, se finaliza con uso de TENS para articulación de hombro izquierdo modo continuo por 15 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: M819-OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331

FECHA CONSULTA: sábado, 10 de agosto de 2024 21:20:00 - EDAD: 88 años, 4 meses y 0 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
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 isomeria 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, se finaliza con uso de TENS en articulación de hombro izquierdo por 15 minutos.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de fisioterapia domiciliaria, a la valoración final se evidencia:

- Paciente sin alteración en esferas mentales superiores
- Comunicación conservada
- Rangos de movilidad se mantienen según calificación inicial flexión de hombros 120°, extensión 30°, abducción 50°, rotaciones 10°, flexión de cadera 90°, extensión 5°, flexión de rodillas 90°, extensión -15°. dorsiflexión, plantiflexion, inversión y eversión de 10°
- Se mantiene desempeño muscular de 3/5 según escala de Daniels para miembros superiores e inferiores
- Se mantienen retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, cuádriceps y gastro soleos de forma bilateral
- No se evidencia edema ni inflamación
- Mejoro propiocepción viso manual
- Paciente quien hace uso de caminador para traslados y desplazamientos
- Mejoro levemente actitud postural en sedente corto

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: M819-OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANNA FERNANDEZ TRASLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 1073516331
