Jueves 10 de octubre.

Humana Vital S.A.S

Reporte de Asistencia a la valoracion de Pacientes para Hidroterapia

Hora: 5:00 a 6:00 PM

Coordinadora: Andrea

Lugar: Enfermería de la piscina.

Descripción de la situación:

Se asistió puntualmente a las 5 PM, conforme a la solicitud de la coordinadora Andrea, para llevar a cabo la examinación de pacientes. A la cita acudieron cinco personas, quienes fueron evaluadas y resultaron aptas para la realización de sesiones de hidroterapia, cumpliendo con los estándares establecidos para el ingreso seguro a la piscina.

La primera paciente examinada fue la señora Pilar María Silva, quien presenta una lesión del ligamento cruzado anterior, consecuencia de un golpe directo. Tras su evaluación, se determinó que es apta para la hidroterapia, ya que la inmersión en el agua y el trabajo de bajo impacto contribuirán a su rehabilitación sin someter la articulación a estrés adicional.

La segunda paciente fue Yamile, quien fue diagnosticada con cervicalgia. Dada la naturaleza de su condición, la hidroterapia es especialmente beneficiosa para relajar y fortalecer los músculos del cuello y la espalda, por lo que también fue considerada apta para participar en las sesiones.

Seguidamente, se examinó a la señora María Riscanevo, quien padece artrosis primaria. La flotabilidad del agua ayudará a reducir la carga sobre sus articulaciones, y el ejercicio acuático es recomendado para mejorar la movilidad y aliviar el dolor, motivo por el cual fue aceptada para la hidroterapia.

Posteriormente, la paciente Carmen Vargas, con múltiples afectaciones derivadas de un accidente de tránsito, fue evaluada. La hidroterapia se considera un tratamiento eficaz para mejorar la movilidad y aliviar el dolor en pacientes con lesiones múltiples, por lo que también fue considerada apta para participar.

Finalmente, tras la revisión de todos los casos, se concluyó que las cinco pacientes cumplen con los criterios para la hidroterapia, cumpliendo los estándares de seguridad para su participación en las sesiones en piscina.

Powered by CamScanner

Miercoles 8 Hierdo y Viernes. Pendiente pago

21.

Humana Vital S.A.S

Formulario de Evaluación de Piel y Control de Esfínteres.

Datos del Paciente

Nombre: Maria Isla estupiñan ***Edad:*** 35 ***Sexo:*** Femenino

Dolor 1 al 10 = 8

Parte 1: Evaluación de la Piel.

1. Inspección Visual:

- ***Color de la piel:***
  - Normal ○ Enrojecida ○ Pálida ○ Cianótica ○ Amarillenta
- **Integridad de la piel:**
  - Sin lesiones ○ Cortes o rasguños ○ Ampollas ○ Quemaduras ○ Dermatitis ○ Eccema ○ Lesiones ulcerativas

- **Cicatriz:** X Presentes ___Ausentes
  Describir características de las cicatrices (color, tamaño, textura, y estado): Normal de 3 a 4 cm lisa y el estado conservado
- **Hidratación:** X Bien hidratada ___Seco/Descamado ___ Grasosa

2. Palpación:

- **Temperatura de la piel:** X Normal __Caliente ○ Fría
- **Turgor:** X Normal __Disminuida
- ***Textura de la piel:*** X Lisa ___Rugosa ___ Áspera ○ Suave

3. *Otros Signos:* ___Erupciones o lesiones: No se evidencia.

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S

- **Higiene general:** X Buena ___ Regular ___Deficiente ___Mala
- ***Edema:*** ___Presente X Ausente
  Describir ubicación y características:_____
- ***Vascularización:*** X Normal ___Varices ____Hematomas
  Describir: Arañitas.

Parte 2: Evaluación del Control de Esfínteres

1. Historia Clínica:

- **¿Ha tenido problemas de incontinencia?** ___Sí X No
  - ***Frecuencia y Urgencia:***_____

  Frecuencia de la micción (número de veces al día): 5 veces al día.
  - ¿Siente urgencia para orinar? X Nunca ___Ocasionalmente ___Frecuentemente ___Siempre

2. *Pruebas Físicas:*

- Prueba de Contracción Voluntaria: X Puede detener el flujo de orina __ No puede detener el flujo
- Incontinencia al toser o estornudar: ___*Sí* X *No*

Parte 3: Observaciones y Recomendaciones

- Observaciones generales sobre la piel y el control de esfínteres:
  Buen estado de la piel y buen control de esfinteres
- Recomendaciones:
  Ninguna.

Puede ingresar a la piscina dado que ingresa en buen estado.

Firma del Evaluador

- Nombre: Ally Eliana Madera
- Firma: Ally Eliana Madera • Fecha: 10 oct 2024.

Powered by CamScanner

A.S

columna y rodillas

Cirugías - otro

Artrosis y osteoporosis
Escoliosis en C concava a la derecha.
Osteopenia Angulo de cobb de 3.4

Humana Vital S.A.S

Formulario de Evaluación de Piel y Control de Esfínteres.

Datos del Paciente

Nombre: María Presentación Rosario ***Edad:*** 80 ***Sexo:*** Femenino

Parte 1: Evaluación de la Piel.

1. Inspección Visual:

- ***Color de la piel:***
  - Normal ○ Enrojecida ○ Pálida ○ Cianótica ○ Amarillenta
- **Integridad de la piel:**
  - Sin lesiones ○ Cortes o rasguños ○ Ampollas ○ Quemaduras ○ Dermatitis ○ Eccema ○ Lesiones ulcerativas

- **Cicatriz:** __Presentes _X_ Ausentes
  Describir características de las cicatrices (color, tamaño, textura, y estado):_____
  _____
- **Hidratación:** ___Bien hidratada ___Seco/Descamado ___ Grasosa

2. Palpación:

- **Temperatura de la piel:** _X_ Normal __Caliente ○ Fría
- **Turgor:** X Normal __Disminuida
- ***Textura de la piel:*** _X_ Lisa ___Rugosa ___ Áspera ○ Suave

3. *Otros Signos:* ___Erupciones o lesiones: Ninguna.

Powered by CamScanner

- **Higiene general:** X Buena ___ Regular ___ Deficiente ___ Mala
- ***Edema:*** X Presente ___ Ausente
  Describir ubicación y características: 1mm dada la artosis
- ***Vascularización:*** ___ Normal X Varices ___ Hematomas
  Describir: En la pata interna de la pierna.

Parte 2: Evaluación del Control de Esfínteres

1. Historia Clínica:

- **¿Ha tenido problemas de incontinencia?** ___ Sí X No
  - ***Frecuencia y Urgencia:*** _____

Frecuencia de la micción (número de veces al día): 5-6 veces

- ¿Siente urgencia para orinar? X Nunca ___ Ocasionalmente ___ Frecuentemente ___ Siempre

2. Pruebas Físicas:

- Prueba de Contracción Voluntaria: X Puede detener el flujo de orina ___ No puede detener el flujo
- Incontinencia al toser o estornudar: ___ *Sí* X *No*

Parte 3: Observaciones y Recomendaciones

- Observaciones generales sobre la piel y el control de esfínteres:
  Buen estado de la piel y adecuado control de esfinteres
- Recomendaciones:

Puede ingresar a hidroterapia.

Firma del Evaluador

- Nombre: Nilly Victoria Medina
- Firma: Nilly Victoria Medina • Fecha: 10 oct 2024

Powered by CamScanner

cidente de transito.

Humana Vital S.A.S

Formulario de Evaluación de Piel y Control de Esfínteres.

Datos del Paciente

Nombre: Carmen Brigitte Vargas R ***Edad:*** 58 años ***Sexo:*** Femenino

Parte 1: Evaluación de la Piel.

1. Inspección Visual:

- ***Color de la piel:***
  - Normal ○ Enrojecida ○ Pálida ○ Cianótica ○ Amarillenta
- **Integridad de la piel:**
  - Sin lesiones ○ Cortes o rasguños ○ Ampollas ○ Quemaduras ○ Dermatitis ○ Eccema ○ Lesiones ulcerativas

- **Cicatriz:** X Presentes ___Ausentes
  Describir características de las cicatrices (color, tamaño, textura, y estado): En buen estado en columna de 20cm
- **Hidratación:** X Bien hidratada ___Seco/Descamado ___ Grasosa

2. Palpación:

- **Temperatura de la piel:** X Normal __Caliente ○ Fría
- **Turgor:** X Normal __Disminuida
- ***Textura de la piel:*** X Lisa ___Rugosa ___ Áspera ○ Suave

3. *Otros Signos:* NO Erupciones o lesiones: (-)

Powered by CamScanner

- **Higiene general:** X Buena ___ Regular ___Deficiente ____Mala
- ***Edema:*** X Presente ____Ausente
  Describir ubicación y características:_____
- ***Vascularización:*** ____Normal X Varices ____Hematomas
  Describir:_____

Parte 2: Evaluación del Control de Esfínteres

1. Historia Clínica:

- **¿Ha tenido problemas de incontinencia?** ___Sí X No
  - ***Frecuencia y Urgencia:***_____

Frecuencia de la micción (número de veces al día): 15 veces.

- ¿Siente urgencia para orinar?___Nunca X Ocasionalmente ___Frecuentemente ___Siempre

2. *Pruebas Físicas:*

- Prueba de Contracción Voluntaria: ___Puede detener el flujo de orina X No puede detener el flujo
- Incontinencia al toser o estornudar: X ***Sí*** ___***No***

Parte 3: Observaciones y Recomendaciones

- Observaciones generales sobre la piel y el control de esfínteres:
  _____
- Recomendaciones:
  _____

_____

Firma del Evaluador

- Nombre: Nilly Elvira Madera
- Firma: _____ • Fecha: 10 oct 24.

Powered by CamScanner