Jueves 17/ 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.

El jueves 17 de octubre se realizó una exhaustiva evaluación a 5 pacientes para determinar su aptitud de ingreso a las sesiones de hidroterapia, tomando en cuenta criterios estrictos relacionados con los cuidados de la piel y el control de esfínteres, esenciales para garantizar la seguridad y eficacia de las terapias acuáticas:

La señora María Díaz fue diagnosticada con hombro congelado, una condición que limita el movimiento del hombro debido a la rigidez, pero no presenta contraindicaciones para la hidroterapia siempre y cuando se sigan los cuidados adecuados de la piel, evitando el uso de productos irritantes. Igualmente, se verificó su control de esfínteres, una condición que cumplía satisfactoriamente, lo que permitió su inclusión en las sesiones.

María Acosta, quien fue sometida a una cirugía de columna, también fue evaluada con especial cuidado, sobre todo en la zona de las cicatrices postquirúrgicas. Se constató que su piel estaba en buen estado y sin riesgo de infecciones, y su control de esfínteres era adecuado, lo cual facilitó su aceptación en la piscina.

Sandra Acosta, diagnosticada con lumbago no especificado, se sometió a una evaluación rigurosa que incluyó el estado de su piel y su capacidad para controlar los esfínteres. Ambas condiciones fueron aprobadas, lo que permitió su ingreso sin restricciones.

Lilia de Alfonso, con coxartrosis, presentó movilidad limitada en la cadera, pero tras asegurarse de que no hubiera lesiones cutáneas en las áreas comprometidas y confirmar su control de esfínteres, también se le autorizó el acceso a las sesiones de hidroterapia.

Finalmente, Edward, afectado por el estrés, fue examinado tanto por su estado físico general como por su capacidad de controlar esfínteres, mostrando que su piel no presentaba irritaciones ni problemas que pudieran complicar la terapia. Esto, junto a su cumplimiento con los demás requisitos, le permitió ser aprobado para participar en las sesiones.

Todos los pacientes cumplieron con los rigurosos estándares de ingreso, garantizando que su participación en la piscina será segura y beneficiosa, tanto desde el punto de vista terapéutico como higiénico.

Powered by CamScanner

Td → 3017085649

Humana Vital S.A.S

H2.

309.

Desgaste alveolar edentul
Hombro congelado → izq
rotura de tiroides → izq bursitis

- Sepsis enfisematosa.

Blogeo

Formulario de Evaluación de Piel y Control de Esfínteres.

Datos del Paciente

Nombre: Maria luisa Diaz ***Edad:*** 70 ***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 ___ Ausentes
  Describir características de las cicatrices (color, tamaño, textura, y estado): _____
- **Hidratación:** ✓ Bien hidratada ___ Seco/Descamado ___ Grasosa

2. Palpación:

- **Temperatura de la piel:** ✓ Normal ___ Caliente ○ Fría
- **Turgor:** ✓ Normal ___ Disminuida
- ***Textura de la piel:*** ___ Lisa ✓ Rugosa ___ Áspera ○ Suave

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

Powered by CamScanner

- **Higiene general:** ✓ Buena ___ Regular ___ Deficiente ___ Mala
- ***Edema:*** ___ Presente ✓ Ausente

  Describir ubicación y características: (-)
- ***Vascularización:*** ✓ Normal ___ Varices ___ Hematomas

  Describir: (-)

Parte 2: Evaluación del Control de Esfínteres

1. Historia Clínica:

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

  Frecuencia de la micción (número de veces al día): 4 veces.
  - ¿Siente urgencia para orinar? ___ Nunca ✓ Ocasionalmente ___ Frecuentemente ___ Siempre

2. *Pruebas Físicas:*

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

Parte 3: Observaciones y Recomendaciones

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

Firma del Evaluador

- Nombre: Milly Estefanía Madera
- Firma: [signature] • Fecha: 17 Oct 24.

Powered by CamScanner

Td +3134705169 Fibvardgia.

Cirugia de columna Corrección de escoliosis
Convexidad derecha.
Discopatia en los niveles lumbar y cervical

Kyllea Idol de
Humana Vital S.A.S
mogudo.
183.

Formulario de Evaluación de Piel y Control de Esfínteres.

Datos del Paciente

Nombre: Maria Olga Acosta ***Edad:*** 68 ***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 ___Ausentes
  Describir características de las cicatrices (color, tamaño, textura, y estado): Desde la columna cervical hasta la lumbar.
- **Hidratación:** ___Bien hidratada ___Seco/Descamado ___ Grasosa

2. Palpación:

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

3. *Otros Signos:* NO Erupciones o lesiones: _____

Powered by CamScanner

- **Higiene general:** ✓ Buena ___ Regular ___ Deficiente ___ Mala
- ***Edema:*** ___ Presente ✓ Ausente

  Describir ubicación y características: _____
- ***Vascularización:*** ___ Normal ✓ Varices ___ Hematomas

  Describir: Ninguna

Parte 2: Evaluación del Control de Esfínteres

1. Historia Clínica:

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

  Frecuencia de la micción (número de veces al día): 3 veces.
  - ¿Siente urgencia para orinar? ✓ Nunca ___ Ocasionalmente ___ Frecuentemente ___ Siempre

2. *Pruebas Físicas:*

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

Parte 3: Observaciones y Recomendaciones

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

  _____
- Recomendaciones:

  Se recomienda tener precaución con la piel del pap, se debe recomendaciones.

  _____

Firma del Evaluador

- Nombre: NN/ Adultos Mayores
- Firma: NN/ Adultos Mayores. • Fecha: 17 de oct 24

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S

Lesante -6
Dx Lumbago no especificado
• Caída

Formulario de Evaluación de Piel y Control de Esfínteres.

Datos del Paciente

Nombre: Sandra Acosta ***Edad:*** 44 ***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 __/Ausentes
  Describir características de las cicatrices (color, tamaño, textura, y estado):_____
- **Hidratación:** __/Bien hidratada ___Seco/Descamado ___ Grasosa

2. Palpación:

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

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

Powered by CamScanner

- **Higiene general:** ✓ Buena ___ Regular ___Deficiente ___Mala
- ***Edema:*** ___Presente ✓ Ausente

  Describir ubicación y características: _____
- ***Vascularización:*** ___Normal ✓ Varices ___Hematomas

  Describir: Aondo y prominente de la vena.

Parte 2: Evaluación del Control de Esfínteres

1. Historia Clínica:

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

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

- ¿Siente urgencia para orinar? ✓ Nunca ___Ocasionalmente ___Frecuentemente ___Siempre

2. *Pruebas Físicas:*

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

Parte 3: Observaciones y Recomendaciones

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

  Buen control de esfínteres y adecuado
- Recomendaciones:

  Ninguna

_____

Firma del Evaluador

- Nombre: Ma. Elena Madera
- Firma: Ma. Elena Madera • Fecha: 17 Oct 24

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S

Cel - 3119369800

#1.

Cardiología

Formulario de Evaluación de Piel y Control de Esfínteres.

Dx → Asma, hipertensión, dislipidemia, Artrosis y otros.

Espalda edema
Cadera atrás con edemas

2023

Z7B

Datos del Paciente

Nombre: Ilia Pengas de alfaro ***Edad:*** 73 ***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 ___ Ausentes
  Describir características de las cicatrices (color, tamaño, textura, y estado): Cerrada en la niñez y por cirugía ginecológica
- **Hidratación:** ___ Bien hidratada ___ Seco/Descamado ___ Grasosa

2. Palpación:

- **Temperatura de la piel:** ✓ Normal ___ Caliente ○ Fría
- **Turgor:** ✓ Normal ___ Disminuida
- ***Textura de la piel:*** ___ Lisa ✓ Rugosa ___ Áspera ○ Suave

3. Otros Signos: ✓ Erupciones o lesiones: Vena varicosada

Powered by CamScanner

- **Higiene general:** ✓ Buena ___ Regular ___ Deficiente ___ Mala
- ***Edema:*** ✓ Presente ___ Ausente
  Describir ubicación y características: en miembros inferiores bilateral
- ***Vascularización:*** ___ Normal ✓ Varices ___ Hematomas
  Describir: _____

Parte 2: Evaluación del Control de Esfínteres

1. Historia Clínica:

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

  Frecuencia de la micción (número de veces al día): 8 veces.
  - ¿Siente urgencia para orinar? ___ Nunca X Ocasionalmente ___ Frecuentemente ___ Siempre

2. *Pruebas Físicas:*

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

Parte 3: Observaciones y Recomendaciones

- Observaciones generales sobre la piel y el control de esfínteres:
  Buen Cuidado de la piel.
- Recomendaciones:
  se da las respectivas recomendaciones, se observa que es oda para las hidroterapias

Firma del Evaluador

- Nombre: Nely Chevez Andrade
- Firma: Nely Chevez Andrade • Fecha: 14 de 11

Powered by CamScanner

Dx Tropeca Atrofia de codera Fibrial

Humana Vital S.A.S

Formulario de Evaluación de Piel y Control de Esfínteres.

Datos del Paciente

Nombre: Edward Jesus Molina ***Edad:*** 44 ***Sexo:*** Masculino

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

2. Palpación:

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

3. *Otros Signos:* NO Erupciones o lesiones: _____

Powered by CamScanner

- **Higiene general:** ✓ Buena ___ Regular ___ Deficiente ___ Mala
- ***Edema:*** ___ Presente ✓ Ausente
  Describir ubicación y características: _____
- ***Vascularización:*** ✓ Normal ___ Varices ___ Hematomas
  Describir: _____

Parte 2: Evaluación del Control de Esfínteres

1. Historia Clínica:

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

Frecuencia de la micción (número de veces al día): _____

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

2. *Pruebas Físicas:*

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

Parte 3: Observaciones y Recomendaciones

- Observaciones generales sobre la piel y el control de esfínteres:
  _____
- Recomendaciones:
  Ingresa a hidroterapia.

_____

Firma del Evaluador

- Nombre: Ally Gisela Andrade
- Firma: [signature] • Fecha: 11 oct 24

Powered by CamScanner

cervical y cadera artrosis Homeopaticos. 17 de octubre
Hernia cervical

Humana Vital S.A.S

Formulario de Evaluación de Piel y Control de Esfínteres.

Datos del Paciente

Nombre: Yamile Barragan ***Edad:*** 49 ***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:** X Bien hidratada ___Seco/Descamado ___ Grasosa

2. Palpación:

- **Temperatura de la piel:** ___Normal X 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

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:_____

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): 3 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
- Recomendaciones:
  (-)

Puede asistir a hidroterapia

Firma del Evaluador

- Nombre: Nilly Estefania Mendoz
- Firma: _____ • Fecha: 17-10-2024

Powered by CamScanner