Humana Vital S.A.S	HUMANA VITAL NIT 900217648-1 HISTORIA CLINICA DATOS DEL USUARIO	
Historia Clinica N°: 51699210	Fecha de ingreso: 09 Oct 24	Entidad: Cadepres
Documento de identidad	Tipo: CC Numero: 51699210	
Nombres: Maria Isabel	Apellidos: Moncalano	
Telefono fijo: Ninguno	Celular: 3014290862	Correo electronico: isabelmoncalano@gmail
EPS: Sanitas	Contributivo: X Subsidiado:	CIE-10: M544
Fecha de nacimiento: 1 May 1962	Lugar de nacimiento: Bogotá	Diagnostico: Lumbalgia
Direccion: Carrera 6 # 6-36	Lugar: San Marcos	Ocupacion: Ama de casa
Contacto de emergencia: Maria Rivera	Parentesco: Hija	Telefono: 3004213444

Powered by CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648-1

HIDROTERAPIA (CUNDEPORTES)

Nombre del paciente: Maria Isabel Maranda CC. TI. CE: 5 469210

Nombre del acudiente: Maria Rivera Parentesco: Hija CC: _____

Observaciones o Diagnostico: Lumbalgia M544

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE	FECHA	FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE
09 oct 24			
10 oct			
11 oct			

Nombre del terapeuta: Ally Estefani Medina Firma: Ally Estefani Medina Registro 41534

Dirección: Calle 11 # 10ª-79 Funza (Cundinamarca)Tel: 6018237239 / 3102444309 Pagina web:www. humanavital.com

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 9/10/24	CIUDAD: Funza

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Isabel Moncada **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 51699210 **CIE 10:** M544 **DIAGNOSTICO:** Lumbalgia

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 el dda y mejorar fortalecimiento de core

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 # 1, enviado por el especialista en Ortopedia (escribir la profesión) con la orden para realizar _____ terapias (escribir # de terapias), es:

Disminuir el dda a nivel de la región lumbosacra

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.) intermedio. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 09 oct 24 y terminara el día ← (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 Hidroterapia

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 Maria Isabel Maranda en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 51692410 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.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 1081660616

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	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS MORSE		Actualizado: Diciembre 2023 Aprobado: Diciembre 2023
NOMBRE	Maria Dell Mercado	N° DOCUMENTO IDENTIDAD	51699210

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
	Sobreestima u olvida sus limitaciones	15
PUNTUACION FINAL Y NIVEL DE RIESGO →		0

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

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: 09 oct 2024

Firma: [signature]

Nombre: María Isabel Maronda

Número de identificación: 51699210

Powered by CamScanner

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

Fecha 09 oct 21 hora 9 am N° de terapias _____

Nombre: Maria Isabel Maranelo Cedula: 51699210

✓ **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			CÁNCER		

✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Maria Isabel Maranelo con N° de cedula 51699210

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.

Firma del paciente o responsable

Powered by CamScanner

AUTORIZACIÓN

Yo María Isabel Morondo identificado con cc 51699210 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: María Isabel Morondo ***IDENTIFICACION*** 51699210

FIRMA [signature]

FECHA: 22 Oct ***HORA:*** 9 Am ***ALCALDIA*** _____ ***PARTICULAR*** X ***ARL*** _____

Powered by CamScanner

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

Lugar y fecha de emisión:
FUNZA, jueves, 31 de octubre de 2024 08:39:34

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 51.699.210

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MARIA ISABEL MONCALEANO
Identificación	CC 51.699.210 Edad: 62 años, 5 meses y 30 días
Nacimiento	BOGOTA (CUNDINAMARCA) martes, 01 de mayo de 1962
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 6 # 6 - 36 Teléfono: 344290862
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION
Responsable	MARIA RIVERA Parentesco: HIJA Teléfono: 3004213444
Acompañante	MARIA RIVERA Parentesco: HIJA Teléfono: 3004213444
Entidad	HUMANA EAPB: EPS005 - SANITAS Tipo usuario: 12 PARTICULAR
Estado civil	SOLTERO (Estrato:) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)
Discapacidad	NINGUNA Religión:

Sexo: MUJER
G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: miércoles, 9 de octubre de 2024 13:48:43 - EDAD: 62 años, 5 meses y 28 días
ANTECEDENTES
FAMILIARES: No refiere
HOSPITALARIOS: No refiere
QUIRURGICOS: No refiere
TRAUMATICOS: No refiere
TOXICO ALERGICOS: No refiere
FARMACOLOGICOS: No refiere
PATOLOGICOS: No refiere
EPIDEMIOLOGICOS: No refiere

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente refiere (presento dolor en la espalda y piernas.)
DIAGNOSTICO MEDICO: lumbalgia
OBSERVACION GENERAL: presenta afectación de la zona lumbar.
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: zona lumbar. Intensidad: 8 Frecuencia: constante.
CONTRACTURAS: Ninguna DEFORMIDADES: Ninguna

POSTURA
VISTA ANTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Espinas iliacas: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA LATERAL: Actitud corporal: NORMAL Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Columna Vertebral: NORMAL Abdomen: NORMAL Pelvis: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL
VISTA POSTERIOR: Cabeza: NORMAL Hombros: NORMAL Escapulas: NORMAL Columna: NORMAL Cadera: NORMAL Rodillas: NORMAL Pie: NORMAL

MEDIDAS ESPECIALES: No evaluadas
COORDINACION: No evaluada
EQUILIBRIO: No evaluado
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 Diagnóstico fisioterapéutico: Paciente presenta afectación del dominio osteomuscular.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado.
DIAGNÓSTICOS
Principal: M544-LUMBAGO CON CIATICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 09/00 Hora de salida: 10/00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: hidroterapia.
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: el enfoque se centró en ejercicios pasivos que promovieran la relajación y la movilidad sin impacto. La sesión comenzó con un calentamiento suave en el agua, donde el paciente realizó movimientos circulares de brazos y muñecas, favoreciendo la movilidad articular. Este ejercicio fue bien tolerado, y el paciente reportó una sensación de bienestar general.

Powered by CamScanner

A continuación, se llevó a cabo un estiramiento pasivo del pectoral, utilizando la flotación como soporte. El paciente se recostó en la superficie del agua con los brazos extendidos, permitiendo que la gravedad ayudara a abrir el pecho. Durante este ejercicio, se observó una mejora en la expansión torácica, y el paciente expresó una disminución de la tensión en la parte superior de la espalda.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): • Postura Estática:
u Observación de ligera hiperlordosis lumbar.
o Hombros ligeramente elevados, asimetría en la pelvis (elevación de la cadera derecha).
• Postura Dinámica:
o Al caminar, el paciente presenta inclinación hacia el lado derecho y limitación en la rotación de la pelvis.

Evaluación de la Movilidad Articular
• Rango de Movimiento:
o Flexión lumbar: Limitada al 50% del rango normal; dolor en la zona lumbar a partir de 40°.
o Extensión lumbar: Muy limitada, con dolor (8/10) a partir de 10° de extensión.
o Flexión lateral:
? Derecha: 60% del rango normal, con dolor irradiado.
? Izquierda: 70% del rango normal, sin irradiación.

Evaluación Neurológica
• Sensibilidad:
o Disminuida en la cara posterior y lateral del muslo derecho.
• Reflejos:
o Reflejo rotuliano derecho: disminuido.
o Reflejo aquíleo: presente en ambos lados, pero más débil en el derecho.
• Test de Lasègue: Positivo a 30° en pierna derecha, sugiriendo irritación del nervio ciático.

Evaluación de la Fuerza Muscular
• Transverso abdominal: 3/5 - Dificultad para mantener la activación prolongada.
• Glúteo medio:
o Izquierdo: 3/5 - Buena resistencia.
o Derecho: 3/5 - Debilidad relacionada con el dolor.
• Glúteo mayor:
o Izquierdo: 3/5 - Fuerza adecuada.
o Derecho: 2/5 - Disminución de fuerza en extensión de cadera.
• Isquiotibiales:
o Izquierdo: 3/5 - Sin dolor, resistencia aceptable.
o Derecho: 2/5 - Tensión aumentada y dolor en prueba de resistencia.

Evaluación de la Funcionalidad
• Escala de Actividades de la Vida Diaria (AVD):
o Dificultades para realizar actividades cotidianas como agacharse, levantar objetos y estar sentado por períodos prolongados.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016

FECHA CONSULTA: jueves, 10 de octubre de 2024 13:55:56 - EDAD: 62 años, 5 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10/00 Hora de salida: 11/00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: hidroterapia.
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: La sesión comenzó con un calentamiento suave en el agua, donde el paciente realizó movimientos circulares de brazos y muñecas, favoreciendo la movilidad articular. Este ejercicio fue bien tolerado, y el paciente reportó una sensación de bienestar general.

A continuación, se llevó a cabo un estiramiento pasivo del pectoral, utilizando la flotación como soporte. El paciente se recostó en la superficie del agua con los brazos extendidos, permitiendo que la gravedad ayudara a abrir el pecho. Durante este ejercicio, se observó una mejora en la expansión torácica, y el paciente expresó una disminución de la tensión en la parte superior de la espalda.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Realizar plan casero.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M544-LUMBAGO CON CIATICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016

Powered by CamScanner

FECHA CONSULTA: viernes, 11 de octubre de 2024 13:57:27 - EDAD: 62 años, 5 meses y 28 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 09/00 Hora de salida: 10/00 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinética y terapéuticas.
TRABAJO REALIZADO: se llevó a cabo un estiramiento pasivo de los músculos laterales del tronco, donde el paciente se recostó sobre un lado en el agua. Este ejercicio permitió una elongación controlada de los músculos de la cadena lateral, y el paciente reportó una disminución del dolor a 1 sobre 10 durante la actividad.

Para cerrar la sesión, se realizaron movimientos de "caminata" dentro del agua, donde el paciente caminó lentamente de un lado a otro en la parte menos profunda. Este ejercicio ayudó a mejorar el equilibrio y la conciencia corporal sin causar impacto. Al finalizar la sesión, el paciente se sintió más relajado y la flexión lateral del tronco alcanzó los 40° hacia el lado cóncavo, evidenciando la efectividad de los ejercicios en su recuperación.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): realizar plan casero.
Paciente que finaliza 3 sesiones de fisioterapia a la valoración se evidencio.

Disminución del dolor de 4/10.

MANTENIMIENTO DE LA Postura Estática:
- u Observación de ligera hiperlordosis lumbar.
- o Hombros ligeramente elevados, asimetría en la pelvis (elevación de la cadera derecha).
- •

Mantenimiento de Postura Dinámica:
- o Al caminar, el paciente presenta inclinación hacia el lado derecho y limitación en la rotación de la pelvis.

aumento de la Movilidad Articular
- • Rango de Movimiento:
- o Flexión lumbar: Limitada al 40% del rango normal; dolor en la zona lumbar a partir de 60°.
- o Extensión lumbar: Muy limitada, con dolor (4/10) a partir de 10° de extensión.
- o Flexión lateral:
- ? Derecha: 40% del rango normal, con dolor irradiado.
- ? Izquierda: 40% del rango normal, sin irradiación.

Mantenimiento de la Evaluación Neurológica
- • Sensibilidad:
- o Disminuida en la cara posterior y lateral del muslo derecho.
- • Reflejos:
- o Reflejo rotuliano derecho: disminuido.
- o Reflejo aquíleo: presente en ambos lados, pero más débil en el derecho.
- • Test de Lasègue: Positivo a 30° en pierna derecha, sugiriendo irritación del nervio ciático.

Mantenimiento de Evaluación de la Fuerza Muscular
- • Transverso abdominal: 3/5 - Dificultad para mantener la activación prolongada.
- • Glúteo medio:
- o Izquierdo: 3/5 - Buena resistencia.
- o Derecho: 3/5 - Debilidad relacionada con el dolor.
- • Glúteo mayor:
- o Izquierdo: 3/5 - Fuerza adecuada.
- o Derecho: 2/5 - Disminución de fuerza en extensión de cadera.
- • Isquiotibiales:
- o Izquierdo: 3/5 - Sin dolor, resistencia aceptable.
- o Derecho: 2/5 - Tensión aumentada y dolor en prueba de resistencia.

Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M544-LUMBAGO CON CIATICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016

Powered by CamScanner