| Humana Vital S.A.S | HUMANA VITAL<br>NIT 900217648-1<br>HISTORIA CLINICA<br>DATOS DEL USUARIO | |
|---|---|---|
| Historia Clinica N°: 24229463 | Fecha de ingreso: 10 oct 24 | Entidad: Cardenpotes |
| Documento de identidad | Tipo: CC Numero: 24229463 | |
| Nombres: Maria | Apellidos: Tolosa | |
| Telefono fijo: Ninguno | Celular: 3125221146 | Correo electronico: Ninguno |
| EPS: Compensar | Contributivo: x Subsidiado: | CIE-10: M179 |
| Fecha de nacimiento: 15/Feb/1945 | Lugar de nacimiento: Aguachica | Diagnostico: Gonoartrosis |
| Direccion: Cr 12 # 18A - 49 | Lugar: Villadelpos | Ocupacion: Ama de casa |
| Contacto de emergencia: Dolly Avila | Parentesco: Hija | Telefono: 3138251321 |

Powered by CamScanner

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

**HIDROTERAPIA (CUNDEPORTES)**

Nombre del paciente: Maria Tolosa CC. TI. CE: 2922965

Nombre del acudiente: Dolly Avila Parentesco: Hija CC: _____

Observaciones o Diagnostico: _____

| FECHA | FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE | FECHA | FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE |
|---|---|---|---|
| 10 Oct 24 | | | |
| 11 Oct 24 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nombre del terapeuta: Nilly Estefania Hadra Firma: Nilly Hadra Registro: 41353

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: 10/10/24 | CIUDAD: Funza |

**NOMBRE DEL PACIENTE:** Mora Tobon **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
**NUMERO DE IDENTIFICACION:** 24229463 **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:

Disminuir el dolor y recuperar la marcha.

**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 dolor a nivel de las rodillas

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 10/10/24. 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 Mara Tdara en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 21229463 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

**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: Enero 2024<br>Aprobrado: Enero 2024 | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Maria Tabora | N° DOCUMENTO | 24229463 |
| ENTIDAD | Cardiopatas | FECHA | 10 oct |

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 → | | 45 |

| 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: 10 oct

Firma: _____

Nombre: Maria Tdazd

Número de identificación: 24729063



Powered by CamScanner

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

Fecha 10 oct hora 10am N° de terapias _____

Nombre: Nora Tobar Cedula: 1122963

- ✓ **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 Nora Tobar con N° de cedula 1122963

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 Mara Teresa identificado con cc 2422963 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:*** Mara Teresa ***IDENTIFICACION*** 2422963

***FIRMA*** _____

***FECHA:*** 10 oct ***HORA:*** 9am ***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 08:40:18

**HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 24.229.463**

DATOS PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| Nombres y apellidos | MARIA TOLOSA | |
| Identificación | CC 24.229.463 Edad: 79 años, 8 meses y 16 días | |
| Nacimiento | AGUA CLARA (SIN INFORMACION) jueves, 15 de febrero de 1945 | |
| Residencia | FUNZA Dirección: CRA 12 # 18A - 49 Teléfono: 3125221146 | |
| Ocupación | 9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION | |
| Responsable | DOLLY AVILA Parentesco: HIJA Teléfono: 3138251321 | |
| Acompañante | DOLLY AVILA Parentesco: HIJA Teléfono: 3138251321 | |
| Entidad | HUMANA EAPB: EPS008 - COMPENSAR Tipo usuario: 12 PARTICULAR | |
| Estado civil | SOLTERO (Estrato: 2) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO) | Sexo: MUJER |
| Discapacidad | NINGUNA Religión: OTRO | G.S. y RH: O+ |

FECHA CONSULTA: jueves, 10 de octubre de 2024 16:28:40 - EDAD: 79 años, 8 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10/00 Hora de salida: 11/00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: hidroterapia.
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: Comenzamos con desplazamientos laterales en el agua, lo que facilitó la activación de los músculos de estabilización de la rodilla sin impacto. Luego, se realizó una serie de elevaciones de talones, alternando cada pierna, para fortalecer el gastrocnemio y mejorar la estabilidad de las rodillas. El ejercicio incluyó 2 series de 8 repeticiones por lado, manteniendo una buena alineación y sin molestias. Para terminar, se efectuaron movimientos suaves de extensión de rodillas en flotación asistida, permitiendo la relajación y estiramiento de la musculatura de las piernas.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): 1. Evaluación Postural

- Postura de pie: Desviación en valgo de ambas rodillas, más pronunciada en la rodilla derecha.
- Distribución de peso: Mayor carga sobre el lado izquierdo para compensar el dolor en la rodilla derecha.
- Alineación de cadera y rodilla: Ligero descenso de la pelvis en el lado derecho, evidenciando posible debilidad o compensación en la musculatura de apoyo.

2. Evaluación de Movilidad Articular

- Flexión de rodilla:
  - Derecha: 90°, con dolor a partir de los 80° (escala de dolor: 6/10).
  - Izquierda: 100°, dolor moderado a partir de 90°.
- Extensión de rodilla:
  - Derecha: Limitada a -10° de extensión completa, con dolor leve (4/10).
  - Izquierda: Limitada a -5°, sin dolor significativo.
- Rotación de cadera:
  - Rotación externa: Dolor leve en ambas rodillas a los 10° de movimiento.
  - Rotación interna: Limitada debido a tensión y dolor en ambas rodillas.

3. Evaluación Neurológica

- Sensibilidad: Preservada en ambos miembros inferiores.
- Reflejos: Reflejo patelar presente, aunque disminuido en ambas rodillas.
- Pruebas de nervios periféricos: Sin signos de compresión o afectación neurológica en ambas piernas.

4. Evaluación de la Fuerza Muscular

- Cuádriceps:
  - Derecho: 3/5 - Dolor y debilidad al resistir la extensión.
  - Izquierdo: 2+/5 - Mejor resistencia, aunque con fatiga al mantener activación.
- Isquiotibiales:
  - Derecho: 2+/5 - Tensión moderada y dolor al realizar contracción sostenida.
  - Izquierdo: 2+/5 - Sin dolor, aunque con resistencia moderada.
- Glúteo mayor:
  - Ambos lados: +/5 - Activación adecuada, aunque con signos de fatiga en el lado derecho.

5. Evaluación de Flexibilidad

- Isquiotibiales: Acortamiento bilateral, más pronunciado en el lado derecho.
- Gastrocnemio y sóleo: Tensión moderada en ambos lados, asociada a rigidez en el tobillo derecho.
- Psoas y cuadrado lumbar: Tensión leve, sin irradiación, pero podría estar contribuyendo a la postura compensatoria.

6. Pruebas Funcionales y Especiales

- Prueba de McMurray: Negativa para inestabilidad, aunque se percibe dolor articular al realizar el test.



Powered by CamScanner

- Test de compresión patelar (Clarke): Positivo en ambas rodillas con dolor a nivel de la rótula.
- Prueba de estabilidad ligamentaria: Ligera laxitud en ligamento colateral medial derecho, pero sin dolor significativo.

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016

FECHA CONSULTA: jueves, 17 de octubre de 2024 16:24:52 - EDAD: 79 años, 8 meses y 14 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 09/00 Hora de salida: 10/00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Hidroterapia.
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: La sesión inició con una caminata en el agua de cinco minutos para promover la movilidad sin carga y mejorar la circulación en las rodillas. Luego, se realizaron ejercicios de extensión y flexión de rodillas en posición de semiflotación, usando la resistencia del agua para fortalecer el cuádriceps y los isquiotibiales, sin forzar las articulaciones. La paciente completó 2 series de 10 repeticiones, sin molestias. Finalizamos con estiramientos de isquiotibiales y gastrocnemio, apoyando en la pared de la piscina, lo que le permitió sentir menos rigidez y mejorar el rango de movimiento.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Realizar plan casero.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016



Powered by CamScanner