Humana Vital S.A.S	HUMANA VITAL NIT 900217648-1 HISTORIA CLINICA DATOS DEL USUARIO		
Historia Clinica N°: 1093755371	Fecha de ingreso: 04 oct	Entidad: Condepalco	
Documento de identidad	Tipo: CC	Numero: 1093755371	
Nombres: Hery Zdar	Apellidos: Silva Parada		
Telefono fijo: Ninguno	Celular: 3149758730	Correo electronico: Ninguno	
EPS: Famisanar	Contributivo: X Subsidiado: ____	CIE-10:	
Fecha de nacimiento: 15/01-1996	Lugar de nacimiento: Bogotá	Diagnostico: Hernia	
Direccion: Calle 13 B # 30-40 Bo	Lugar: Acame	Ocupacion: Ama de casa	
Contacto de emergencia: Andrea Moreno	Parentesco: Hija	Telefono: 3212337124	

Powered by CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648-1

HIDROTERAPIA (CUNDEPORTES)

Nombre del paciente: Mery Zuley Sierra Parada Dc. TI. CE: 1093755371

Nombre del acudiente: Andrea Moreno Parentesco: Hija CC:

Observaciones o Diagnostico: Hernia diafragmal

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE	FECHA	FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE
09 Oct	Mery Zuley Sierra		

Nombre del terapeuta: Nilly Estefana Madera Firma: Nilly Estefana Madera 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:	CIUDAD:

NOMBRE DEL PACIENTE: Mery Zuley Sierra **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: [redacted] **CIE 10:** _____ **DIAGNOSTICO:** Hernia

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 estabilizar el 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 dolor a nivel de zona lumbar

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 04/04/24 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 Mery Zulay Sierra en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 1093750381 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.

Mery Zulay Sierra

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

FIRMA DE LA TERAPEUTA Y CC

TP 1067

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 Aprobrado: Enero 2024	
NOMBRE	Mary Zulay Tarco	N° DOCUMENTO	1093955041
ENTIDAD	Andeportes	FECHA	04/oct/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 →		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

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: 02/oct/24

Firma: Mery Zuley Sierra

Nombre: Mery Zuley Sierra

Número de identificación: 1 093752371

Powered by CamScanner

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

Fecha 04/oct/24 hora 10:00 N° de terapias _____

Nombre: Mery Zuley Sierra Estupiñan Cedula: 1093753371

✓ **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	X		CÁNCER		

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

Yo Mery Zuley Sierra con N° de cedula 1093753371

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.

Mery Zuley Sierra.

Firma del paciente o responsable

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: COORDINACION: MAYO 2024 REVISADO Y APROBADO: GERENCIA MATO 2024

AUTORIZACIÓN

Yo Mery Zuley Sierra identificado con cc 1093753377 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: Mery Zuley Sierra ***IDENTIFICACION*** 1093753377

FIRMA Mery Zuley Sierra.

FECHA: _____ ***HORA:*** _____ ***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 13:41:19

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.093.755.371

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	MERY ZULAY SILVA PARADA
Identificación	CC 1.093.755.371 Edad: 38 años, 9 meses y 16 días
Nacimiento	BOGOTA (CUNDINAMARCA) miércoles, 15 de enero de 1986
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 13 B NRO 30 40 BIS ZUAME Teléfono: 3143755730
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION
Responsable	---------- Parentesco: ---------- Teléfono: ----------
Acompañante	---------- Parentesco: ---------- Teléfono: ----------
Entidad	CUNDEPORTES EAPB: EPS017 - FAMISANAR Tipo usuario: 12 PARTICULAR
Estado civil	SOLTERO (con unión marital de hecho) (Estrato: 3) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO) Sexo: MUJER
Discapacidad	NINGUNA Religión: OTRO G.S. y RH:

FECHA CONSULTA: viernes, 4 de octubre de 2024 11:30:37 - EDAD: 38 años, 9 meses y 16 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 una hernia lumbar
DIAGNOSTICO MEDICO: Hernia lumbar con 4 años de evolución.
OBSERVACION GENERAL: Presenta dolor a nivel de la región dorso lumbar.
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: zona lumbar Intensidad: 8/10 según EAV Frecuencia: constante al movimiento.

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 lo que le genera limitaciones para el movimiento
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado.
DIAGNÓSTICOS
Principal: M432-OTRAS FUSIONES COLUMNA VERTEBRAL Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10/00 Hora de salida: 11/00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Hidroterapia.
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: En esta primera sesión de hidroterapia, se realizaron ejercicios para mejorar la movilidad y reducir el dolor lumbar. El paciente inició caminando en el agua en varias direcciones —hacia adelante, atrás y de lado— para trabajar tanto la movilidad como el equilibrio. Se realizaron tres series de cinco minutos cada una, con descansos de un minuto entre ellas, lo cual permitió al paciente adaptarse al entorno acuático sin incrementar su dolor.

Powered by CamScanner

Luego, se trabajó la flexión y extensión de la columna en el agua. En posición vertical, el paciente realizó movimientos suaves hacia adelante y hacia atrás, buscando aliviar la rigidez en la zona lumbar. Se completaron dos series de diez repeticiones, con pausas breves si el dolor se intensificaba. Estos ejercicios acuáticos mostraron buena tolerancia y brindaron un alivio leve, favoreciendo la relajación muscular para futuras sesiones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Dolor: 8/10
Marcha: Marcha antálgica, con disminución de la fase de apoyo en extremidad afectada.
Equilibrio:
Estático: Disminuido, necesita apoyo al balancearse en pie afectado.
Dinámico: Alterado, evita desplazamientos laterales bruscos.
Postura: Postura antálgica en bipedestación, con inclinación hacia el lado menos doloroso.
Rangos de Movilidad:
Columna Lumbar:
Flexión: 20° (dolor a los 10°)
Extensión: 5° (dolor intenso)
Inclinación lateral: Derecha 10°, Izquierda 10° (limitadas por dolor)
Rotación: Derecha 15°, Izquierda 15° (limitadas por dolor)
Cadera:
Flexión: 70° (limitada por tensión)
Extensión: 5° (limitada por dolor)
Fuerza Muscular (MMT):
Lumbar y Core: 2+
Extensores de cadera: 2+
Sensibilidad: Alteración leve en el dermatoma L5.
Reflejos: Disminuidos en el reflejo rotuliano.
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

Powered by CamScanner