Humana Vital S.A.S	HUMANA VITAL NIT 900217648-1 HISTORIA CLINICA DATOS DEL USUARIO		
Historia Clinica N°: 1033684092	Fecha de ingreso: 23/10/21	Entidad: Cordepaz	
Documento de identidad	Tipo: CC	Numero: 1033684092	
Nombres: Pilar Silva	Apellidos: Estupiñan		
Telefono fijo: Ninguno	Celular: 3108436054	Correo electronico: Pilarmsilva0320@gmail.com	
EPS: Nueva eps	Contributivo: x	Subsidiado:	CIE-10: M536 - S835
Fecha de nacimiento: 28/05/87	Lugar de nacimiento: Bogotá	Diagnostico: Cesárea de lugar de cuidado cuidadosa	
Direccion: Cll 13 # 3a/20	Lugar: Sencada	Ocupacion: Auxiliar administrativa.	
Contacto de emergencia: Yuri Silva	Parentesco: Hermana	Telefono: 3102108549	

Powered by CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648-1

HIDROTERAPIA (CUNDEPORTES)

Nombre del paciente: Pilar Silva Estupiñan CC. TI. CE: 1033691092.

Nombre del acudiente: Yuranis Silva Parentesco: Hermana. CC: _____

Observaciones o Diagnostico: Cirugía del ligamento cruzado anterior M236

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE	FECHA	FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE
23 oct			
23 oct			

Nombre del terapeuta: Nly Estefanía Ulloa Firma: Registro: 91531

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 23/10/24	CIUDAD: Funza

NOMBRE DEL PACIENTE: Dilia Silva Estupiñan TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1033685[illegible] CIE 10: M236 DIAGNOSTICO: Lesa de ligamento cruzado anterior

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:

Mejorar el equilibrio y la propiocepción

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 5 terapias (escribir # de terapias), es:

Disminuir el dolor y mejorar el equilibrio

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 22 de oct-24 y terminara el día 30 Nov 24 (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 Dilar Silva en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad #1033684092. 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 1006[illegible]

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	Polar Estupiñan	N° DOCUMENTO IDENTIDAD	1033687092

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

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: 23 oct 2024

Firma:

Nombre: Alba Silva

Número de identificación: 1032687092

Powered by CamScanner

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

Fecha 23-oct 24 hora 8 am N° de terapias 5

Nombre: Alba Silva Cedula: 1073681082

✓ **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 Alba Silva con N° de cedula 1073681082.

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

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 Pilar Silva Estupiñan identificado con cc 1033687092. 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: Pilar Silva ***IDENTIFICACION*** 1033687092

FIRMA _____

FECHA: 23 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 08:41:09

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.033.687.092

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	PILAR SILVA ESTUPIÑAN	
Identificación	CC 1.033.687.092 Edad: 37 años, 5 meses y 3 días	
Nacimiento	BOGOTA (CUNDINAMARCA) jueves, 28 de mayo de 1987	
Residencia	FUNZA Dirección: CRA 13 # 5A - 20 Teléfono: 3108736067	
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION	
Responsable	YURANI SILVA Parentesco: HERMANA Teléfono: 3102108549	
Acompañante	YURANI SILVA Parentesco: HERMANA Teléfono: 3102108549	
Entidad	HUMANA EAPB: EPS041 - NUEVA EPS 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: miércoles, 23 de octubre de 2024 12:16:39 - EDAD: 37 años, 5 meses y 1 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 09/00 Hora de salida: 10/00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: Se comienza con movilizaciones pasivas de la rodilla en el agua, donde el paciente reporta un dolor de 7/10, pero logra tolerar el ejercicio. Se realiza un ejercicio de elevación de pierna recta en decúbito supino, donde el paciente levanta la pierna afectada a 20 cm del fondo de la piscina durante 5 segundos, completando 3 series de 5 repeticiones; el dolor se reduce a 5/10. También se llevan a cabo estiramientos de isquiotibiales en el agua, manteniendo la posición durante 30 segundos, lo que permite observar una leve mejora en la movilidad, con flexión alcanzando 95°.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): 1. Evaluación de la Postura Estática y Dinámica

- Postura de la rodilla: Leve flexión de la rodilla derecha con hinchazón.
- Compensación postural: Inclinación hacia el lado izquierdo al caminar y ligera disminución de la amplitud del paso.

2. Movilidad Articular

- Rango de movimiento de la rodilla:
  - Flexión: 90° (normal: 135°) con dolor a partir de 70°.
  - Extensión: -5° (normal: 0°) con dolor (6/10) al intentar extender completamente.
- Movilidad del tobillo:
  - Dorsiflexión: Limitada, especialmente al cargar peso.
  - Plantiflexión: Rango normal.

3. Evaluación Neurológica

- Sensibilidad: Leve disminución en la cara medial de la rodilla derecha.
- Reflejos:
  - Rotuliano: Normal.
  - Aquileo: Normal.
- Prueba de Lachman: Positiva, sugiriendo inestabilidad del LCA.
- Prueba de anterior Drawer: Positiva, indicando un desplazamiento anormal de la tibia.

4. Evaluación de la Fuerza Muscular

- Cuádriceps:
  - Izquierdo: 2+/5 - Fuerza adecuada.
  - Derecho: 3/5 - Debilidad notable debido al dolor y la inestabilidad.
- Isquiotibiales:
  - Izquierdo: 4/5 - Sin dolor, resistencia adecuada.
  - Derecho: 3/5 - Debilidad y dolor leve en prueba de resistencia.
- Músculos de la cadera:
  - Glúteo medio y mayor derechos: 3/5 - Disminución de fuerza, afectando la estabilidad de la pelvis.

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S835-ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DE LA RODILLA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016

FECHA CONSULTA: viernes, 25 de octubre de 2024 12:25:33 - EDAD: 37 años, 5 meses y 1 días
EVOLUCION TERAPEUTICA

Powered by CamScanner

Hora de ingreso: 09/00 Hora de salida: 10/00 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Hidroterapia
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: Se realiza marcha en el agua, enfatizando la extensión de la rodilla afectada durante 5 minutos, donde el paciente reporta un dolor de 4/10. Se incorpora un ejercicio de fortalecimiento del cuádriceps en el agua, donde el paciente, sentado en el borde de la piscina, extiende la pierna afectada durante 5 segundos, completando 3 series de 8 repeticiones. Se observa una mejoría en la fuerza, alcanzando 3/5. Adicionalmente, se realiza un ejercicio de equilibrio unipodal, donde el paciente se sostiene del borde de la piscina y levanta la pierna afectada, manteniendo la posición durante 10 segundos en 3 repeticiones.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Realizar plan casero.
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: S835-ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DE LA RODILLA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016

Powered by CamScanner