Humana Vital S.A.S	HUMANA VITAL NIT 900217648-1 HISTORIA CLINICA DATOS DEL USUARIO	
Historia Clinica N°:	Fecha de ingreso: 30 oct	Entidad: Coolpatos.
Documento de identidad 52847860	Tipo: cc. Numero: 52847860	
Nombres: Sondra Patricia	Apellidos: Acosta Perez	
Telefono fijo: 8218781	Celular: 3174852967	Correo electronico: Sandra0045@gmail.com
EPS: Sanitas	Contributivo: ___ Subsidiado: X	CIE-10: M545 Lumbago
Fecha de nacimiento: 17 04-80	Lugar de nacimiento: Bogotá	Diagnostico: Hernia
Direccion: Cl 20 26 bis-13 csP3	Lugar: Funza.	Ocupacion: Hogar
Contacto de emergencia: 3046489383	Parentesco: Esposo	Telefono: Edwar Martinez

Powered by CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648-1

TERAPIA FISICA (CUNDEPORTES)

Nombre del paciente: Sandra Patricia Acosta CC. TI. CE: 52017060

Nombre del acudiente: Edwar Martinez Parentesco: Esposo CC: _____

Observaciones o Diagnostico: _____

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE	FECHA	FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE
29 oct	SandraAcosta		

Nombre del terapeuta: Nidy Estefania Madrid Firma: Nidy Estefania Madrid Registro 41534

Powered by CamScanner

Humana Vital S.A.S	CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	CIUDAD:

NOMBRE DEL PACIENTE: Sadra Patricia Acosta **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** ___
NUMERO DE IDENTIFICACION: 52897860 **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 mejorar la alineación postural.

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 la zona lumbo dorsal

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.) interdiaria. Por lo que usted iniciara este ciclo de terapias el día 30 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 Sandra Costa en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 52.217060 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.

Sandra Costa

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: Diciembre 2023 Aprobado: Diciembre 2023
NOMBRE	Sonia Patricia Acosta	N° DOCUMENTO IDENTIDAD	52847860

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: octubre 29-2024

Firma: Sandra Acosta

Nombre: Sandra Patricia Acosta

Número de identificación: 52847860 bta

Powered by CamScanner

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

Fecha 30 oct hora 8 Am N° de terapias _____

Nombre: Sandra Acosta Cedula: 52347860

✓ **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	X	

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

Yo Sandra Acosta con N° de cedula 52347860

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.

Sandra Acosta

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 Sandra Patricia Acosta identificado con cc 52847860 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: Sandra Acosta ***IDENTIFICACION*** 52847860

FIRMA Sandra A

FECHA: 30/10/24 ***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 08:30:47

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 52.847.860

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	SANDRA PATRICIA ACOSTA PEREZ
Identificación	CC 52.847.860 Edad: 44 años, 6 meses y 14 días
Nacimiento	SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) jueves, 17 de abril de 1980
Residencia	FUNZA Dirección: CLL 20 # 26 BIS 13 Teléfono: 3174852867
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION
Responsable	EDWAR MARTINEZ Parentesco: ESPOSO Teléfono: 3046489393
Acompañante	EDUAR MARTINEZ Parentesco: ESPOSO Teléfono: 3046489393
Entidad	HUMANA EAPB: EPS005 - SANITAS Tipo usuario: 01 CONTRIBUTIVO COTIZANTE
Estado civil	CASADO (Estrato: 3) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO)
Discapacidad	NINGUNA Religión: OTRO

Sexo: MUJER
G.S. y RH: O+

FECHA CONSULTA: martes, 29 de octubre de 2024 20:55:46 - EDAD: 44 años, 6 meses y 13 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 me duele la espalda de día y noche.
DIAGNOSTICO MEDICO: lumbago especificado.
OBSERVACION GENERAL: Paciente refiere que presenta dolor irradiado hasta miembros inferiores.
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: región lumbar Intensidad: 8/10 según EAV Frecuencia: constate

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

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 afectación de la bipedestación.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado.
DIAGNÓSTICOS
Principal: M545-LUMBAGO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 08/00 Hora de salida: 09/00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Hidroterapia.
TRABAJO REALIZADO: OTROS PROCEDIMIENTOS: Se incorporaron ejercicios de equilibrio y coordinación, realizando 3 series de 5 repeticiones de desplazamientos en el agua y movimientos suaves de brazos. También se realizaron ejercicios de estiramiento con una pelota de ejercicio, donde se hicieron 3 series de 10 repeticiones de estiramientos en diferentes direcciones. Al concluir, la paciente expresó sentirse más ligera y con una notable reducción de la tensión en la zona cervical, lo que le permitió una mayor tranquilidad y bienestar general.
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): • Postura: Presenta una inclinación anterior de la pelvis y una ligera asimetría en la alineación de la columna lumbar.

- Marcha: Antálgica, evitando la carga sobre la extremidad inferior izquierda.

Palpación:

- Sensibilidad a la palpación en la región lumbar y los músculos paravertebrales, con presencia de espasmo muscular.

Rango de Movimiento (ROM):

Powered by CamScanner

- Flexión lumbar: 60 grados (dolor 7/10).
- Extensión lumbar: 15 grados (dolor 8/10).
- Inclinación lateral derecha: 20 grados (dolor 6/10).
- Inclinación lateral izquierda: 15 grados (dolor 7/10).
- Rotación derecha: 30 grados (dolor 6/10).
- Rotación izquierda: 25 grados (dolor 7/10).

Pruebas Funcionales:

- Prueba de Lasègue: Positiva a 40 grados, con irradiación de dolor a la pierna izquierda.
- Evaluación de fuerza muscular:
  - Caderas: 4/5 en flexión y extensión.
  - Rodillas: 4/5 en extensión.

_____Evaluación de la Fuerza

Musculatura lumbar:

- Fuerza isométrica: Evaluada en decúbito prono, 3/5 con dificultad para mantener la contracción.

Musculatura abdominal:

- Fuerza en posición supina: 3/5, con dificultad para realizar contracciones abdominales.

_____

Evaluación de la Funcionalidad

Escalas de Evaluación Funcional:

- Escala de Discapacidad de Oswestry (ODI): 45% (indica discapacidad moderada).
- Rolando-Morris Disability Questionnaire: 12/24 (indica limitaciones significativas).

_____ Evaluación del Dolor

Escala de Dolor:

- En reposo: 8/10.
- Durante la actividad: 6/10.

Características del dolor:

- Tipo: Sordo y punzante, con episodios de calambres en la pierna izquierda.

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