Humana Vital S.A.S	HUMANA VITAL NIT 900217648-1 HISTORIA CLINICA DATOS DEL USUARIO	
Historia Clinica N°: 39671959	Fecha de ingreso: 25 oct	Entidad: Coosalud
Documento de identidad	Tipo: CC Numero: 39671959	
Nombres: Yamile	Apellidos: Barragan Herrera	
Telefono fijo: 8268065	Celular: 3176971010	Correo electronico: YamileBahe@hdmi.com
EPS: Sanitas	Contributivo: x Subsidiado: ____	CIE-10: M545
Fecha de nacimiento: 7 Jun 1975	Lugar de nacimiento: Bogotá	Diagnostico: Lumbago no especificado
Direccion: Cll 29B # 1-95	Lugar: Fenza - Hato	Ocupacion: independiente
Contacto de emergencia: Nelson Barragan	Parentesco: Hermano	Telefono: 3142237908

Powered by CamScanner

HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648-1

HIDROTERAPIA (CUNDEPORTES)

Nombre del paciente: Yamile Barragan Herrera C.C. TI. CE: 39647154

Nombre del acudiente: Nelson Barragan Parentesco: Hermano CC: _____

Observaciones o Diagnostico: Cumbago no especificado M545

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE	FECHA	FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE
25 Oct			

Nombre del terapeuta: Nilly Estefania Ubaza Firma: 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:	CIUDAD:

NOMBRE DEL PACIENTE: Yamile Barragan Hamad **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 39641541 **CIE 10:** M545 **DIAGNOSTICO:** Lumbago no especificado

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 dirección 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 dda en la región dorsolumbar

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 25 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 Yamile Barragán en calidad de paciente o como responsable de este, con documento de identidad # 39671457 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 160766

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	Yamile Barragan Tavera	N° DOCUMENTO IDENTIDAD	39674 54

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: 25 oct 2024

Firma: [signature]

Nombre: Yamile Borrero Herrera

Número de identificación: 39671454

Powered by CamScanner

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

Fecha 23 de oct hora 9 AM N° de terapias _____

Nombre: Yanile Barragan Cedula: 39671451

- ✓ **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 Yanile Barragan con N° de cedula 39671451

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 Yamile Barragán Herrera identificado con cc 39671457 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: yamile Barragan ***IDENTIFICACION*** 39671dsd

FIRMA Yamile

FECHA: 23/oct/24 ***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 08:42:35

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 39.671.454

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	YAMILE BARRAGAN HERRERA
Identificación	CC 39.671.454 Edad: 49 años, 4 meses y 24 días
Nacimiento	BOGOTA (CUNDINAMARCA) sábado, 07 de junio de 1975
Residencia	FUNZA Dirección: CALLE 24B # 1 - 95 Teléfono: 3176470010
Ocupación	9999 - SIN INFORMACIÓN Escolaridad: SIN INFORMACION
Responsable	NELSON BARRAGAN Parentesco: HERMANO Teléfono: 3112237908
Acompañante	NELSON BARRAGAN Parentesco: HERMANO Teléfono: 3112237908
Entidad	HUMANA EAPB: EPSI03 - A.I.C. 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: viernes, 25 de octubre de 2024 12:27:49 - EDAD: 49 años, 4 meses y 22 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 y rodillas.
DIAGNOSTICO MEDICO: Lumbago
OBSERVACION GENERAL: Presenta afectación de la zona lumbar.
DOLOR: Manifiesta SI
Localización: Zona lumbar Intensidad: 6/10 según EAV Frecuencia: constante.

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: Presenta afectación del dominio osteomuscular lo que le genera limitaciones para mantener la bipedestación por largo tiempo.
Pronóstico fisioterapéutico: Reservado.
DIAGNÓSTICOS
Principal: M545-LUMBAGO NO ESPECIFICADO Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 10/00 Hora de salida: 11/00 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas.
TRABAJO REALIZADO: En la primera sesión de hidroterapia, el objetivo es reducir el dolor y mejorar la movilidad lumbar. Se inicia con movilizaciones pasivas en el agua, donde el paciente reporta un dolor de 6/10. Se realizan ejercicios de inclinación pélvica en posición de pie en el agua, completando 3 series de 10 repeticiones, lo que permite al paciente sentir alivio y reducir el dolor a 5/10. Adicionalmente, se incorpora un estiramiento suave de los isquiotibiales en el agua, manteniendo la posición durante 30 segundos, lo que ayuda a mejorar la movilidad lumbar, alcanzando un rango de flexión de 60° al final de la sesión.

Powered by CamScanner

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): 1. Evaluación de la Postura:

- Postura Estática:
  - Curvaturas: Aumento de la lordosis lumbar.
  - Compensación postural: Inclinación hacia adelante y ligera desviación hacia la izquierda al caminar.
- Postura Dinámica:
  - Observación de la marcha: Inclinación hacia adelante al caminar, con posible disminución de la longitud del paso.

2. Evaluación de la Movilidad Articular:

- Movilidad Lumbar:
  - Flexión: 50% del rango normal (normal: 90-100°); dolor irradiado a partir de 40°.
  - Extensión: Limitada a 10° con dolor (7/10).
  - Flexión Lateral:
  - Derecha: 60% del rango normal; dolor irradiado hacia la pierna.
  - Izquierda: 80% del rango normal; sin irradiación.

3. Evaluación Neurológica:

- Sensibilidad: Disminuida en la cara posterior y lateral de la pierna derecha.
- Reflejos:
  - Rotuliano derecho: Disminuido.
  - Aquíleo: Presente, pero leve en ambos lados.
- Test de Lasègue: Positivo a 35° en la pierna derecha.

4. Evaluación de la Fuerza Muscular:

- Transverso abdominal: 3/5; dificultad para mantener activación prolongada.
- Glúteo medio:
  - Izquierdo: 4/5; buena resistencia.
  - Derecho: 3/5; menor fuerza debido a dolor.
- Glúteo mayor:
  - Izquierdo: 4/5; fuerza adecuada.
  - Derecho: 3/5; disminución de fuerza en extensión de cadera.
- Isquiotibiales:
  - Izquierdo: 4/5; sin dolor, resistencia aceptable.
  - Derecho: 3/5; tensión aumentada y dolor en prueba de resistencia.

5. Evaluación Funcional:

- Actividades de la Vida Diaria (AVD): Dificultad para realizar tareas como levantarse de una silla, agacharse y caminar distancias largas.
- Escala de Dolor: Utilizando una escala del 0 al 10, el paciente refiere un dolor promedio de 6/10, que aumenta durante actividades específicas.

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

5. Mejoramiento del Equilibrio y propiocepción

- Equilibrio estático: Dificultad leve para mantener la postura sin apoyo. Tendencia a inclinarse hacia el lado afectado (derecho).

- Pruebas de propiocepción: Alteraciones en el sentido de la posición y del movimiento en el miembro afectado, se evidencia mayor confianza y manejo de la marcha y postura.

6. Utilización de férula

- Férula de pie (AFO): Recomendada para estabilizar el tobillo y prevenir el pie equino durante la marcha asistida.

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: G811-HEMIPLEJIA ESPASTICA Tipo: CONFIRMADO REPETIDO
Dr.(a). NILY ESTEFANIA MENDOZA CC No. 1.007.669.016 - FISIOTERAPIA - R.M. 1007669016

Powered by CamScanner