FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
8b59101cb2d831aae407ccf9199e8de6f02947f2478695d96475d76ef856d456b24c8a2a2f2557a80cd91740b5d0df52

Número de Factura: FE-1001
Fecha de Emisión: 20/12/2024
Fecha de Vencimiento: 20/12/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP S.A.S
Nombre Comercial: QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP S.A.S
Nit del Emisor: 901196411
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:O-13
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 8899

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Chiquinquirá
Dirección: CR 8 19 76
Teléfono / Móvil: 3164430625
Correo: aulucochi@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MUNICIPIO DE BARBOSA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 890206033
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Santander
Municipio / Ciudad: Barbosa
Dirección: calle 11 7 27
Teléfono / Móvil: 7485894
Correo: contactenos@barbosa-santander.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	040	CAPACITACIONES POR NEUROPSICOLOGIA	NIU	1,00	$ 312.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 312.000,00
2	030	DIAGNOSTICO POR PERSONA POR NEUROPSICOLOGIA	NIU	58,00	$ 197.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.426.000,00
3	020	TERAPIA FISICA	NIU	77,00	$ 37.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.849.000,00
4	010	TERAPIA PSICOLOGIA	NIU	77,00	$ 37.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.849.000,00
5	020	TERAPIA OCUPACIONAL	NIU	77,00	$ 37.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.849.000,00
6	010	TERAPIA FONOAUDIOLOGIA	NIU	77,00	$ 37.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.849.000,00
7	020	TERAPIA FISICA	NIU	77,00	$ 37.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.849.000,00

Datos Totales



Documento generado el:
20/12/2024 20:36:36
Documento validado por la DIAN:
20/12/2024 20:36:36
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	25983000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	25983000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	25983000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 25983000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	25.983.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	25.983.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	25.983.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 25.983.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764085820559 Rango desde: 1001 Rango hasta: 5000 Vigencia: 2026-12-20

EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

ALCALDÍA MUNICIPIO DE BARBOSA

INFORME DE ACTIVIDADES

Proceso de Mínima Cuantía, propuesta presentada al municipio de BARBOSA SANTANDER, para la INVITACIÓN PÚBLICA No. BSA-MC-18-2024.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: ALISSON YULIANA HERREÑO RODRIGUEZ
Edad: 7 AÑOS
Identificación: 1101698528
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

La mamá de Yuliana asiste en compañía de la menor con el propósito sea evaluada cognitivamente, ya que según relato de la madre , Yuliana no logra interiorizar conocimientos con facilidad, además la menor siente apatía por los tema relacionados con el estudio.

F402 TRASTORNO MIXTO DE HABILIDADES ESCOLARES

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que la niña no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañada de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atenta y colaboradora, sin embargo, su mamá indica que quiere mucho su hija y que sufre por ella por no poder darle lo que la niña necesita.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	4	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

PUNTAJE DE DESARROLLO

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	1	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	1	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más

FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	1	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotación.	1	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO



NI

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de lentificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que Yuliana muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: **TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES**

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que asi se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

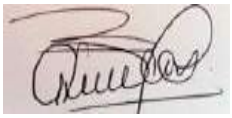
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

Cordialmente,

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: ALLEN EDIX OLARTE RUEDA
Edad: 7 AÑOS
Identificación: NO LA ALLEGO
Fecha de Nacimiento: 28 DE MARZO DE 2017
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente en buenas condiciones de salud, ingresa con su mamá quien lo acompaña en toda la prueba la mamá indica que siempre ha sido un niño muy distraído no sigue el ritmo de su la clase no hace contacto visual y esto dificulta el proceso de aprendizaje. La mamá indica también que su escritura es difusa, combina minúsculas y mayúsculas, de pequeño hablaba muchas cosas pero con el paso del tiempo dejo de hablar y ahora solo balbucea cosas.

POSIBLE AUTISMO EN LA NIÑEZ

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mamá
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales, pero su gateo fue de para atrás y marcha en puntas
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades sobre todo en escritura

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente muy inquieto, no mantiene la atención durante los estímulos expuestos, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	12	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	12 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultadcon la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque no lee. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

PUNTAJE DE DESARROLLO

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA	23. Integración	0	* 7 años y más

7 FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	1	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

LINEA FINA

Implicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez o retraimiento.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO



NI

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo, la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de lentificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado.

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

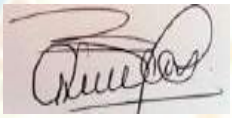
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: ANA ESPERANZA SAENZ
Edad: 13 AÑOS
Identificación: 1099211462
Fecha de Nacimiento: 1/10/11
Colegio Inscomercio
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Familia extensa, padres separados, buenas relaciones filipaternales. Familia disfuncional, vocabulario inapropiado. No hay figura de autoridad en casa, estilos de crianza de permisividad y desinterés. La mamá de Ana es trabajadora sexual. Se realiza ventilación emocional e instauración de pautas de crianza para que sean aplicadas en el diario vivir. Remitida por la institución académica debido a dificultades en el aprendizaje y situaciones a nivel comportamental.

F402 TRASTORNO MIXTO DE HABILIDADES ESCOLARES

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que la niña no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañada de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atenta y colaboradora, sin embargo, su mamá indica que quiere mucho su hija y que sufre por ella por no poder darle lo que la niña necesita.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	4	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

PUNTAJE DE DESARROLLO

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	1	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	1	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más

FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	1	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	1	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO



NI

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de lentificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: **TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES**

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que asi se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

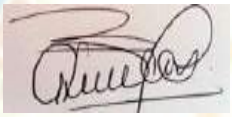
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: ANDRES DAVID NIÑO
Edad: 13 AÑOS
Identificación: 1057515988
Informante: MADRE

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 13 años ingresa acompañado de su mamá, derivado por la institución educativa debido a dificultades de aprendizaje en diversas habilidades escolares. Se considera necesario realizar una evaluación neuropsicológica mixta para identificar las áreas específicas que están siendo afectadas y diseñar un plan de intervención adecuado que mejore su rendimiento académico y bienestar general.

Antecedentes pre y perinatales. Dentro de limites normales

Desarrollo psicomotor: Desarrollo dentro de límites normales rolado gateo marcha en términos normales

Desarrollo del lenguaje: Dentro limites normales.

Desarrollo escolar: la mamá de Andrés manifiesta que siempre se han presentado dificultades a nivel escolar y muchas veces no cuentan con técnicas de estudio
Desarrollo sexual: Normal.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra un paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación estuvo alerta, atento y colaborador, de igual forma se evidencia el interés por evidenciar su avance.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.
Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.
Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.
Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entenderlo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aun persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, sin dificultades articulatorias, y pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	9	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran adecuados desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta , Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más

FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out.
(forma de descargar los impulsos hacia fuera).

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

CONCLUSION

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Estimular la realización de actividades cognoscitivas, ocupacionales y de ocio. Especialmente aquellas que le permitan incrementar el nivel atencional en tareas prolongadas y aumentar la velocidad de procesamiento de la información.
- Remisión por neuropsicología, terapia ocupacional y fonoaudiología para estimulación cognoscitiva. En lo posible asignarle terapias integrales e intensivas.
- Brindar atención personalizada en la escuela. Flexibilizar contenidos y metodologías de evaluación: Se sugiere a los docentes de aula realizar ajustes razonables a través del Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR).
- En el aula de clase es importante:
    - Asignar al estudiante un asiento cerca al profesor, lejos de estímulos distractores como ventanas, murales, o elementos decorativos.
    - Fraccionarle las tareas de largo plazo, en periodos más cortos.
    - Permitir momentos de descarga física periódicos, por ejemplo, participando en rutinas y encargos de clase.
    - Estimular actividades en la cual se destaque.
    - Mantener supervisión constante.
- Practicar hábitos de vida saludable.

Cordialmente,

PSG-MG. AURA LUCIA COCA CHINOME T.P4640212
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA UNIR. R.U. 15596
CEL: 3166430625

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: ANDRES FELIPE PARDO
Edad: 12 AÑOS 6 MESES
Identificación:
Fecha de Nacimiento: 14/06/2012
Colegio Inscomercio
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente en buenas condiciones de salud, ingresa con su mamá quien lo acompaña en toda la prueba la mamá indica que siempre ha sido un niño muy inquieto que le cuesta quedarse en un solo lugar, corre como si lo impulsara un motor y que ha tenido varios inconvenientes en el colegio y en su casa, su madre se siente muy frustrada y no sabe cómo actuar con él.

F402 TRASTORNO MIXTO DE HABILIDADES ESCOLARES

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama y hermano
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, sobre todo en su conducta, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que el niño no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador, su madre se nota visiblemente preocupada.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente muy inquieto, no mantiene la atención durante los estímulos expuestos, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	12	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	12 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades

FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	1	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

LINEA FINA

Implicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez o retraimiento.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO



NI

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo, la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de lentificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i

HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

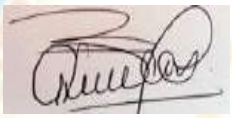
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: ANDRES FELIPE SUAREZ SANCHEZ
Edad: 7 años
Identificación: **1099217345**
Fecha de Nacimiento: 14/06/12
Colegio Inscomercio
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente en buenas condiciones de salud, Familia monoparental, Andrés es el segundo de 3 hijos. Adecuadas relaciones filiomaternales y con hermanos. Estilos de crianza de sobreprotección, evidenciados al abordar planteamientos del hogar y de la educación del menor. Establecimiento de límites. Se brindan pautas de crianza para fomentar la autonomía y responsabilidades en Andrés. La mamita indica que le ha ido bien en el colegio pero que a veces se distrae con facilidad, sobre todo en tareas que requieran esfuerzo mental sostenido.

ANTECEDENTES

Ninguno en particular

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: Su desarrollo escolar ha sido bueno, pero manifiesta que sus dificultades se han dado por dificultades atencionales.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente tranquilo, mantiene la atención durante los estímulos expuestos, sin embargo hay dificultades en en relacióna operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas , de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	12	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	12 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 8	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo es importante aclarar que sus dificultades a nivel atencional hacen que su memoria no tenga un buen desempeño, Así mismo para el recobro de la informaciónligada a una historia muestra un desempeño normal a corto plazo. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	6	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 8	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas:8 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 6 Integración: 4	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	8	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 8 Palabras por M: 8	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe dentro de limites normales, presenta rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultadcon la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. Aunque logra planificar y adaptar .

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

PUNTAJE DE DESARROLLO

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA	23. Integración	0	* 7 años y más

7 FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	1	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

LINEA FINA

Implicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez o retraimiento.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO



NI

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo, la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de lentificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDA criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

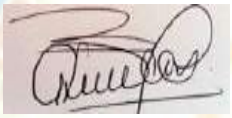
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: ANDREY FELIPE HERNANDEZ
Edad: 12 AÑOS 6 MESES
Identificación: 1099216421
Fecha de Nacimiento: 23/04/16
Comisaria de Familia
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Andrey 8 años, tercer grado, familia monoparental, padre falleció, es el hijo menor de 5 hermanos, al parecer abuso sexual por parte de hermano mayor quien está en correccional, estilo parental de permisividad en su condición de ser el menor, comportamiento desafiante con los demás hermanos, ausencia de estilos parentales donde predomina la permisividad, pautas de crianza para ser incorporadas en el hogar. Ingresa con su mamá quien lo acompaña en toda la prueba la mamá indica a causa de lo sucedido el niño bajo el rendimiento académico y su comportamiento se vio afectado.

ENFERMEDAD ACTUAL

NINGUNA APARENTE

ANTECEDENTES

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: Su desarrollo escolar ha sido muy bueno la mamá, indica que ha sido un niño juicioso, pero que después del incidente con el hermano mayor ha cambiado no se concentra y permanece inatento.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante todas las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática se muestra muy atento y contesta de forma adecuada, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aún persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Sin embargo logra conectar y contestar a los estímulos propuestos			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	12	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	12 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación.			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62
	Comprensión del discurso		

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción		* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	1	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	1	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Los hallazgos de la evaluación neuropsicológica muestran en primer tal como se mide en esta prueba, en conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil normal para su edad, en la mayoría de dominios evaluados, habilidades visoconstruccionales, memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y en funciones ejecutivas se muestra habilidad en control inhibitorio y memoria de trabajo con dificultades conceptualización. Se debe resaltar que se presentan fallas principalmente a nivel atencional complejo y en la velocidad de procesamiento de la información. Se debe continuar con proceso terapéuticointegral, no se requiere PIAR .

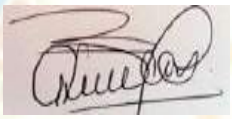
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **AYLIN CAMILA BENITEZ AGUILAR**
Edad: 17 años
Identificación: 10/04/2007
Fecha de Nacimiento
Colegio Inscomercio
Informante: (tia)

MOTIVO DE CONSULTA

Menor de 16 años, Familia nuclear. Aylin es la hija mayor de dos hermanos. Dinámica familiar disfuncional a pesar que las mismas han ido mejorando. En el año 2021 intento de suicidio debido a la problemática presentada en ese entonces con su mamá. Se realiza ventilación emocional y se aborda proyecto de vida.
De igual manera la niña presenta algunas dificultades a nivel de aprendizaje y requiere prueba neuropsicológica para identificar alguna condición que requiera tratamiento.

ENFERMEDAD ACTUAL

F402 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Terapéuticos: Terapia de lenguaje, terapia ocupacional, psicología
Psicosocial: Vive con su mamá y hermanas
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que la niña no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañada de su TIA quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atenta y colaboradora, sin embargo, se frota la cabeza y la cara refiere que se cansa con facilidad, pide tiempo para ir al baño y para tomar agua.

INSTRUMENTOS APLICADOS : TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aún persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, sin dificultades articulatorias, y pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	6	7.35
	Dictado de números (ENI)	4	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	5	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	5	7.29
	Cálculo mental (ENI)	8	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más

FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	1	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

NI

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de lentificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO.

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que asi se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

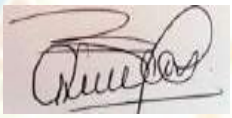
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: CARLOS JULIAN MEDINA
Edad: 12 AÑOS
Identificación: 1102092198
Colegio Inscomercio
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Carlos Julian ha presentado dificultades signitificativas a nivel escolar refiere la madre , especialmente en áreas de lectoescritura y matemáticas ,razón por la cual han generado preocupación en sus cuidadores y claramente en los docentes.

F402 TRASTORNO MIXTO DE HABILIDADES ESCOLARES

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que su hijo no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañada de su mamá quien lo acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador, sin embargo, su mamá indica que quiere mucho su hijo y que sufre por él por no poder darle lo que el menor necesita.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	4	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	1	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	1	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más

FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	1	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotación.	1	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO



NI

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de lentificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que Carlos Julian muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: **TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES**
Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.
Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que asi se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

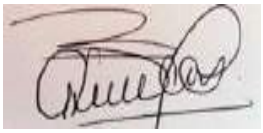
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

Cordialmente,

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: **CAROLINA MATEUS BERRIO**
Edad: 7 AÑOS
Identificación: 104080504
Informante: (madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 7 años asiste acompañada de su madre para valoración neuropsicológica debido a posibles trastornos en habilidades escolares. La madre refiere que la niña mantiene un ritmo lento de aprendizaje, olvida con facilidad lo que lee y ha tenido varios problemas en relación a su aprendizaje y la adquisición de procesos pedagógicos como la lectura, escritura y matemáticas. Además, menciona que se distrae con facilidad, lo que dificulta el buen desarrollo de sus actividades escolares.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación

Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA

Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro izquierdo. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NIT.901196411

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente visiblemente ansiosa y preocupada por la prueba lo que genera que no mantenga la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual

Praxias Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora. Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	1	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades

FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	1	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

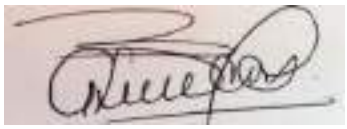
Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

CONCLUSION

La evaluación formal de sus dominios cognoscitivos identificó bajos desempeños para la edad y escolaridad a nivel de los procesos atencionales; de la comprensión verbal compleja; y de la memoria de trabajo (memoria operativa a corto plazo para manipulación activa de información en línea). Por otra parte, demostró adecuadas capacidades en tareas que evalúan las habilidades conceptuales, las habilidades viso-construccionales, las habilidades escolares (lecto-escritura y

habilidades artiméticas) y las habilidades comunicativas básicas.

.



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **DANA VALENTINA SARMIENTO CASTRO**
Edad: 8 AÑOS
Identificación: 1099216381
Fecha de Nacimiento: 3 de abril de 2016
Grado: primero
Informante: (madre)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de femenino de 8 años quien asiste en compañía de su mamita, manifestando que requiere prueba neuropsicológica inatención en clase, poca disposición para tareas y se cansa rápido tanto en tareas específicas como en tareas que requieren esfuerzo sostenido. La madre indica que la niña manifiesta dificultades para tolerar la frustración, manifiesta que ha mejorado en el colegio y que su desarrollo académico ha sido más positivo, sin embargo aun presenta dificultades en el aprendizaje y en procesos conductuales. Se observa importancia de potenciales visuales para revisar el estado de su visión, debido a que se pega demasiado a la hoja y se demora en focalizar lo solicitado. Como antecedente principal está el de prematures extrema indica que cuando estaba bebe sufrió de espasmo sollozo.

ENFERMEDAD ACTUAL

Ninguna aparente

Terapéuticos: Terapia de lenguaje, terapia ocupacional, psicología

Psicosocial: Familia nuclear, hija única, familia funcional. No hay un sistema definido de valores y establecimiento de límites. Estilo de crianza de permisividad por parte del padre, la menor no acata normas básicas de convivencia en el hogar. Se brindan pautas de crianza para que sean implementadas en el hogar.

Antecedentes pre y perinatales: en el primer trimestre del embarazo la mamita tuvo dificultades a nivel emocional y amenaza de aborto, PREMATUREZ EXTREMA
Desarrollo psicomotor: Cuidados propios y desarrollo a nivel de niño prematuro
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, sin embargo la mamá indica que ha tenido muchas terapias y esto le ha ayudado a mejorar en su proceso académico.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañada de su mamita quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atenta y colaboradora.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.

Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño BAJO evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entender lo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aún persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, sin dificultades articulatorias, y pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sus tareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que su velocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i
HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que asi se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

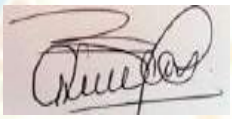
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.
- Seguimiento longitudinal en un año.
- Estimular la realización de actividades cognoscitivas, ocupacionales y de ocio. Especialmente aquellas que le permitan incrementar el nivel atencional en tareas prolongadas y aumentar la velocidad de procesamiento de la información.
- Remisión por neuropsicología, terapia ocupacional y fonoaudiología para estimulación cognoscitiva. En lo posible asignarle terapias integrales e intensivas.
- Brindar atención personalizada en la escuela. Flexibilizar contenidos y metodologías de evaluación: Se sugiere a los docentes de aula realizar ajustes razonables a través del Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR).
- Mantener entrevistas periódicas entre el profesor, terapeutas y familiares. Es importante trabajar conjuntamente.
- En el aula de clase es importante:
    - Asignar al estudiante un asiento cerca al profesor, lejos de estímulos distractores como ventanas, murales, o elementos decorativos.
    - Evitar exceso de estimulación.
    - Fraccionarle las tareas de largo plazo, en periodos más cortos.
    - Permitir momentos de descarga física periódicos, por ejemplo, participando en rutinas y encargos de clase.
    - Estimular actividades en la cual se destaque.
    - Mantener supervisión constante.
- Uso de programas o actividades en páginas web como: www.lumosity.com, http://www.unobrain.com, http://www.symbaloo.com, etc.
- Practicar hábitos de vida saludables.
-

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **DARICKSSON JOEL SANCHEZ OSMA**
Edad: 10 AÑOS
Fecha de nacimiento: 19 de mayo de 2014
Identificación: 1099214316
Informante: (Abuela)
Fecha de Evaluación: noviembre 2024

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 10 ingresa con su abuelita con dificultades de aprendizaje remitido por la institución educativa, la mamita esta en Bucaramanga privada de la libertad, indica que tiene muy buenas habilidades en matemáticas pero dificultades en lectoescritura.

Antecedentes pre y perinatales. Dentro de limites normales

Desarrollo psicomotor: Desarrollo dentro de límites normales rolado gateo marcha en términos normales

Desarrollo del lenguaje: Dentro limites normales.

Desarrollo escolar: abuelita manifiesta que siempre ha tenido dificultades de aprendizaje, y que requiere valoración para determinar forma de aprender del niño.
Desarrollo sexual: Normal.

Pautas de crianza: se evidencia muy triste tal vez por la situación emocional del niño por la condición de la mamá.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra un paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación estuvo alerta, atento y colaborador, de igual forma se evidencia el interés por evidenciar su avance.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.

Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entenderlo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aun persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, sin dificultades articulatorias, y pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran adecuados desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta , Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más

FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	1	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

CONCLUSION

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

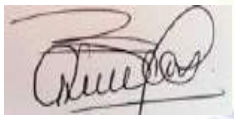
Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas trabadas pr, br, bl etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por tanto el paciente se encuentra en proceso de psicología y terapia ocupacional.
Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.

- Seguimiento longitudinal en un año.
- Estimular la realización de actividades cognoscitivas, ocupacionales y de ocio. Especialmente aquellas que le permitan incrementar el nivel atencional en tareas prolongadas y aumentar la velocidad de procesamiento de la información.
- Remisión por neuropsicología, terapia ocupacional y fonoaudiología para estimulación cognoscitiva. En lo posible asignarle terapias integrales e intensivas.
- Brindar atención personalizada en la escuela. Flexibilizar contenidos y metodologías de evaluación: Se sugiere a los docentes de aula realizar ajustes razonables a través del Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR).
- Mantener entrevistas periódicas entre el profesor, terapeutas y familiares. Es importante trabajar conjuntamente.
- En el aula de clase es importante:
    - Asignar al estudiante un asiento cerca al profesor, lejos de estímulos distractores como ventanas, murales, o elementos decorativos.
    - Evitar exceso de estimulación.
    - Fraccionarle las tareas de largo plazo, en periodos más cortos.
    - Permitir momentos de descarga física periódicos, por ejemplo, participando en rutinas y encargos de clase.
    - Estimular actividades en la cual se destaque.
    - Mantener supervisión constante.
- Uso de programas o actividades en páginas web como: www.lumosity.com, http://www.unobrain.com, http://www.symbaloo.com, etc.
- Practicar hábitos de vida saludables.

Cordialmente,



PSG-MG. AURA LUCIA COCA CHINOME T.P4640212
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA UNIR. R.U.
15596
CEL: 3166430625

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **DEIVID SAMIR GIL AVILA**
Edad: 8 AÑOS
Identificación: 1099217057

MOTIVO DE CONSULTA

Menor de 8 años, asiste a evaluación Neuropsicología en compañía de su mamá, en la que requieren de prueba neuropsicológica puesto que Deivid ha presentado dificultades en la institución educativa, tales como inatención en clase, poca disposición para tareas y se cansa rápido tanto en tareas específicas como en tareas que requieren esfuerzo sostenido.

ENFERMEDAD ACTUAL

Terapéuticos: No refieren
Psicosocial: Actualmente vive con su mamá y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: normal sin ninguna dificultad
Desarrollo psicomotor: Dentro de límites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal, con algunas dificultades articulatorias fonemas no comprensibles

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, manifiesta que se le debe insistir y hacer acompañamiento parab que lleve a cabo algunas actividades propias del colegio.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su tía, papá y tío quienes lo acompañaron en toda la prueba, estuvo atento y colaborador, sin embargo, se frota la cabeza y la cara refiere que se cansa con facilidad, pide tiempo para ir al baño y para tomar agua.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.

Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño BAJO evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entender lo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aún persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con dificultades articulatorias, pero pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que el paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Escribe muy lento, reconoce algunos grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos sin embargo logra leer por medio de imágenes. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al expresar sus emociones tal vez debido a su situación emocional. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sus tareas Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación académica sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	1	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

CONCLUSION

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de identificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que Martin muestra dificultades en todo lo evaluado a nivel académico debido posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i
HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e, f, h

Debido a su edad y a su situación a nivel emocional también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

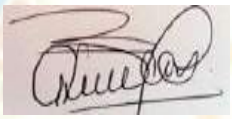
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **EMANUEL ESPITIA BERBESI**
Edad: 10 AÑOS
Identificación :1099214022
Fecha de nacimiento: 22 de noviembre de 2014

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de masculino quien asiste en compañía de su mamá, manifestando que requiere prueba neuropsicológica debido a que el niño ha presentado dificultades en la institución educativa, tales como inatención en clase, poca disposición para tareas y se cansa rápido tanto en tareas específicas como en tareas que requieren esfuerzo sostenido. Le produce algo de cansancio el realizar tareas que requieran esfuerzo mental sostenido.

ENFERMEDAD ACTUAL

DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO.
DSMV TDA criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i

Terapéuticos: Terapia de lenguaje, terapia ocupacional, psicología
Psicosocial: Actualmente vive con su mamá y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: normal sin ninguna dificultad
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal, con algunas dificultades articulatorias fonemas no comprensibles

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, manifiesta que a veces se denota pereza pero que al hablarle de buena forma logran muchos objetivos

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su tía, papá y tío quienes lo acompañaron en toda la prueba, estuvo atento y colaborador, sin embargo, se frota la cabeza y la cara refiere que se cansa con facilidad, pide tiempo para ir al baño y para tomar agua.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.

Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño BAJO evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entender lo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aún persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con dificultades articulatorias, pero pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que el paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Escribe muy lento, reconoce algunos grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos sin embargo logra leer por medio de imágenes. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al expresar sus emociones tal vez debido a su situación emocional. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sus tareas Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación académica sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	1	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

CONCLUSION

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que Martin muestra dificultades en todo lo evaluado a nivel académico debido posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i
HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e, f, h

Debido a su edad y a su situación a nivel emocional también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

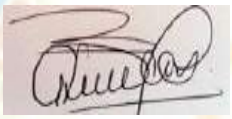
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: **HEYDER FRANCISCO FONSECA PINZON**
Edad: 12 AÑOS
Identificación: 1150437624
Fecha de nacimiento: 18 DE ABRIL DE 2012
Informante: (madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 12 años asiste acompañada de su madre para valoración neuropsicológica debido a posibles trastornos en habilidades escolares. La madre refiere que el niño mantiene un ritmo lento de aprendizaje, olvida con facilidad lo que lee y ha tenido varios problemas en relación a su aprendizaje y la adquisición de procesos pedagógicos como la lectura, escritura y matemáticas. Además, menciona que se distrae con facilidad, lo que dificulta el buen desarrollo de sus actividades escolares.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación

Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA

Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro izquierdo. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NIT.901196411

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente visiblemente ansiosa y preocupada por la prueba lo que genera que no mantenga la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual

Praxias Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora. Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	1	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades

FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	1	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

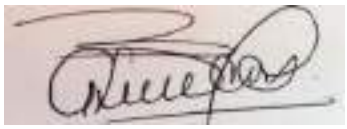
Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

CONCLUSION

La evaluación formal de sus dominios cognoscitivos identificó bajos desempeños para la edad y escolaridad a nivel de los procesos atencionales; de la comprensión verbal compleja; y de la memoria de trabajo (memoria operativa a corto plazo para manipulación activa de información en línea). Por otra parte, demostró adecuadas capacidades en tareas que evalúan las habilidades conceptuales, las habilidades viso-construccionales, las habilidades escolares (lecto-escritura y habilidades aritméticas) y las habilidades comunicativas básicas. TRASTORNO DE LAS

HABILIDADES ESCOLARES, que requiere plan individual de ajustes razonables.

.



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: **ESTIBEN ALEJANDRO MORENO**
Edad: 14 AÑOS
Identificación: 1024530557
Escolaridad: QUINTO GRADO
Informante: (madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente quien asiste en compañía de su madre manifiestan requerir valoración por neuropsicología q u e quien refiere que el niño mantiene un ritmo lento de aprendizaje, y que olvida con facilidad lo que lee; en el transcurso de su vida ha tenido varios problemas en relación a su aprendizaje, adquisición de procesos a nivel pedagógico, tales como lectura, escritura, matemáticas y otros. De igual manera manifiesta que se distrae con facilidad lo que dificulta el buen desarrollo de las actividades en el colegio.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación

Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA
Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro izquierdo. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NIT.901196411

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente visiblemente ansiosa y preocupada por la prueba lo que genera que no mantenga la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual

Praxias Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora. Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	1	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	1	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	1	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia

FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out.
(forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

EXPANSIÓN

Implicaciones: La Expansión está asociada en los niños pequeños con impulsividad y conducta acting-out. Este indicador parece darse normalmente en los preescolares. Entre los niños en edad escolar aparece casi exclusivamente en los protocolos de los que están emocionalmente perturbados y tienen una lesión neurológica.

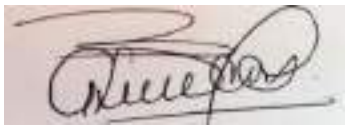
NIT.901196411

CONCLUSION

DX: TRASTORNO ESPECIFICO DEL APRENDIZAJE
F81.0 CON DIFICULTADES EN LA LECTURA
F81.2 CON DIFICULTAD EN LAS MATEMATICAS

La evaluación formal de sus dominios cognoscitivos identificó bajos desempeños para la edad y escolaridad a nivel de los procesos atencionales; de la comprensión verbal compleja; y de la memoria de trabajo (memoria operativa a corto plazo para manipulación activa de información en línea). Por otra parte, demostró adecuadas capacidades en tareas que evalúan las habilidades conceptuales, las habilidades viso-construccionales, las habilidades escolares (lecto-escritura y habilidades artiméticas) y las habilidades comunicativas básicas.

.



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: GEIDEN GERONIMO ROJAS CHARRY
Edad: 9 AÑOS
Identificación: 1072713518
Fecha de Nacimiento: 1 abril de 2015
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente en buenas condiciones de salud, ingresa con su mamá quien lo acompaña en toda la prueba la mamá indica que siempre ha sido un niño muy inquieto que le cuesta quedarse en un solo lugar y que ha tenido varios inconvenientes en el colegio y en su casa.
Paciente en buenas condiciones de salud ingresa acompañado de su mamá, quien lo acompaña durante toda la prueba. La mamá indica que siempre ha sido un niño muy inquieto, con dificultad para quedarse en un solo lugar, comportándose como si lo impulsara un motor. Ha tenido varios inconvenientes tanto en el colegio como en casa. Ante estos síntomas y comportamientos, se sospecha de un posible Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), y se considera necesaria una evaluación neuropsicológica para confirmar el diagnóstico y desarrollar un plan de intervención adecuado.

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, sobre todo en su conducta, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que el niño no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente muy inquieto, no mantiene la atención durante los estímulos expuestos, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	12	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	12 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	1	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	1	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	1	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

LINEA FINA

Implicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez o retraimiento.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i

HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

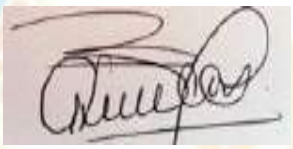
Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.

- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA

Nombre: **GERMAN DAVID ARIZA**
Edad: 14 AÑOS
Fecha de nacimiento: 1 DE ABRIL DE 2010
Identificación: CC.1096483815

MOTIVO DE CONSULTA
Paciente quien asiste en compañía de su mamá, indica que su nacimiento fue muy difícil, tuvo demasiadas complicaciones entre otras perdida de líquido amniótico, diagnóstico inicial microcefalia, la mama manifiesta que al niño le gusta estudiar pero que presenta mucha dificultad en memoria, olvida muy rápido, manifiesta también que no hay una atención académica adecuada.

ENFERMEDAD ACTUAL
Secuelas de microcefalia
F711- RETARDO MENTAL QUE REQUIERE ATENCIÓN

Terapéuticos: Paciente que en el transcurso de su vida ha recibido varias terapias debido a su condición.
Psicosocial: Actualmente vive con sus papás y hermanos

Desarrollo psicomotor: Desarrollo con muchas dificultades debido a su condición lo que requirió un proceso terapéutico importante para

Desarrollo del lenguaje: Su lenguaje es bueno con algunas dificultades a nivel articulatorio, habla despacio pausado ..
Desarrollo escolar: Incia su proceso escolar desde muy pequeño per
Hábitos básicos: Sus hábitos personales son realizados por ella misma pero su apariencia física es organizada y muestra mantener buen aspecto. Le gusta arreglase y es muy vanidosa.
OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES
Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, se muestra atento colaborador

Pruebas aplicadas:
Escala weschler de inteligencia adultos y evaluación neuropsicológica en ítems de atención, percepción, memoria, lenguaje, conducta y otros.

PERFIL INTELECTUAL

Se realiza aplicación de ENI en criterios como atención, memoria, habilidades académicas, funciones ejecutivas, test visomotor de Bender

Se hace descripción del desempeño en cada uno de los índices evaluados en la prueba:

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño deficiente en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales y sentido común
Organización Perceptual: Solo atiende a estímulos visual que le llaman la atención no muestra coordinación en ejercicio. Se muestra desempeño deficiente con dificultades en capacidades de

análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño deficiente, con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño deficiente, lo que evidencia dificultades en capacidades de procesamiento de la información, en ejecución, dificultades en capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, discriminación visual y flexibilidad.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, pero difícil atención a estímulos propuestos, presenta distracción en todos los ambientes tanto en su entorno como en el consultorio. En las pruebas formales muestran deficiencias en capacidades para focalizar y sostener la atención por periodos de tiempo, no hay alternancia de atención debido a que su capacidad de la misma es de menos de dos minutos, y con una baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 0 PE: 0	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	0	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	0 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	0 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 0	Progresión: 5.86
		Regresión: 0	Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo, con algunas dificultades articulatorias, pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo, en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora.			

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas, y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 4	Oraciones: 6.01

Expresión	Test de Denominación (EI)	2	11.96
	Coherencia narrativa (EN)	2	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (EN)	2	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	2	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	0	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace q finalmente recobre la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual

Praxias

Se muestran deficientes y casi nulos desempeños para la copia de figuras, hay dificultades en agarre de lápiz, se evidencia agarre positivo, no hay planeación, estructuración y organización de los elementos.

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general que no identifica figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

No hay conciencia en referencia los peligro que se le puedan presentar.

Mantiene verborrea y no concreta

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuale	Imágenes superpuestas: 2 Cierre visual: 1 Recon. De expresiones: 0 Integración: 0	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

No se evidencia conceptualización verbal y pensamiento asociativo, inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica.

Imágenes superpuestas: 12.87			
Habilidades	Habilidades perceptuales (EN)	Cierre visual: 3	Cierre visual: 5.27

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

perceptuales	Recon. De expresiones: 2	Recon. De expresiones: 7.35
Integración: 0	Integración: 4.53	

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	1	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	1	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	1	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	1	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	1	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	1	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	1	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	1	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo, la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de identificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

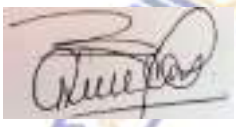
Los hallazgos de la evaluación neuropsicológica muestran en primer lugar un perfil intelectual MUY BAJO (CI=66), **CONCLUYE DISCAPACIDAD COGNITIVA PROFUNDA** con desempeños inadecuados en el área de velocidad de procesamiento donde muestra notorias dificultades. En conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil muy bajo para su edad, lo que supone DISCAPACIDAD COGNITIVA; ya que en la mayoría de dominios evaluados como son funciones atencionales, habilidades lingüísticas, habilidades viso construccionales, memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y en funciones ejecutivas y conceptualización, presenta un desempeño bajo mostrando así Déficits importante en la velocidad de nombramiento, que podría afectar la adquisición de representaciones ortográficas a nivel subléxico y léxico. Muestra muy bajas capacidades prácticas. Por lo anterior se concluye que se debe continuar reforzando el área de lenguaje de igual manera se debe reforzar su parte atencional con terapia neuropsicopedagogica al igual realizar proyección vocacional en áreas de interés para motivar sus habilidades para su vida futura, sin embargo, requiere presencia permanente de un adulto quien sea quien lo oriente frente a sus emociones, su economía y demás. Se debe aclara que el paciente NO mantiene independencia, requiere de su FAMILIA todo el tiempo, quien es la única que atiende sus necesidades máxime con la condición tan grave que la paciente mantiene, se debe propiciar terapias tanto de Fonoaudiología, Terapia Física, Terapia Ocupacional y psicología entendiendo que el proceso debe ser individual en medida de las capacidades del paciente

lo que indica un tratamiento integral que daría al paciente calidad de vida y más de independencia.

Dificultades y observaciones	
1.	**TERAPIA FISICA:** Paciente ingresa a valoración, realiza marcha independiente, se evidencia dificultad en la ejecución de procesos cognoscitivos concentración y atención, refiere independencia en la realización de actividades de autocuidado pero requiere asistencia para tareas fuera de la casa.
2.	**Valoración por FONOAUDILOGIA**: Paciente quien ingresa en compañía a valoración; en la evaluación muestra retardo en el desarrollo del lenguaje. Mantiene memoria a corto plazo, a nivel visual y auditiva, y dificultad en recepción de mensaje en análisis y síntesis.
3.	**Valoración por TERAPIA OCUPACIONAL:** Paciente quien ingresa a valoración por sus propios medios, se evidencia dificultad en su proceso motriz fino, en el proceso de enhabrado, así mismo en proceso de coordinación visomanual, además en los procesos cognitivos hay gran dificultad de actividades de memoria atención, percepción cognición y lenguaje coordinando la parte gramatical y estructural.
4.	**Valoración por PSICOLOGIA**: Paciente que, por su condición de salud, requiere de manera permanente de la presencia de su familia en el rol de cuidadora, Adulto de sexo femenino, de contextura gruesa, tez blanca, sin alguna discapacidad física visible, evidencia buen aspecto fisico, aparenta edad cronológica. Paciente orientada en persona, pero no en espacio tiempo lugar y, nivel de atención adecuado durante la entrevista, en cuanto a funcionamiento mnèmico, se evidencia dificultades en memoria a corto y largo plazo. Se muestra cooperativa a la hora de hablar, sin embargo, refiere no sentirse cómoda porque debe ir reiteradas veces a consulta por psicología, lenguaje lento y dudoso, con algunas muletillas, tono de voz bajo y suave, en ocasiones el contenido de discurso era poco congruente. Su lenguaje por momentos muestra estructuración en el discurso. Durante la entrevista se evidencia en el paciente expresiones faciales que denotan alegría y gusto por su vida, el contacto visual no es totalmente directo, permaneció con la mirada baja mientras contaba el motivo de su consulta, hay una correspondencia entre el estado afectivo y su discurso, no logra verbalizar sobre sus emociones y el estado actual de ellas. En el momento no se evidencian alteraciones del pensamiento como delirios, fobias u obsesiones, sin embargo, refiere tener un diagnóstico de lo que ella denomina "esquizofrenia" Se aplicó la prueba de evaluación cognitiva Montreal (MOCA) (Nassreddine,2004, versión en español). La persona evaluada obtuvo un puntaje de 11 sobre 30, lo que indica deterioro cognitivo. Los resultados muestran

	desorientación en tiempo, espacio y lugar, dificultades en atención focalizada, Se encontraron dificultades en la percepción visual, coordinación visomotora, capacidad visoconstructiva y de planificación y ejecución motora. No logra retener nueva información y no se beneficia de las ayudas proporcionadas para la recuperación. Tiene problemas para denominar y para repetir frases largas o complejas; presenta también problemas en la comprensión, se le tuvieron que dar varias veces las instrucciones para que pudiera realizar las tareas. Las dificultades a nivel cognitivo, la disfunción ejecutiva, la memoria de trabajo y las memorias verbales también pueden desencadenar dificultades en el funcionamiento en la comunidad y evidenciar problemas en la adquisición de habilidades sociales y emocionales podrían comprometer de manera simultánea la manera en la que ella interactúa con su contexto social y familiar.

GRACIAS POR REMITIR SU PACIENTE



PSG-MG. AURA LUCIA COCA CHINOME
T.P4640212
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
UNIR. R.U. 15596
CEL: 3166430625

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **HEINER SANTIAGO MATEUS VARGAS**
Edad: 7 AÑOS
Identificación: 1099217112
Fecha de Nacimiento: 28 de dic 2016
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Asiste paciente a valoración neuropsicológica acompañado de su madre. Ella comenta muestra un ritmo lento de aprendizaje y olvida con facilidad lo que lee. A lo largo de su vida, ha enfrentado diversos problemas relacionados con su aprendizaje, así como con la adquisición de habilidades pedagógicas como la lectura, escritura y matemáticas. Además, su madre menciona que se distrae con facilidad, dificultando el desarrollo adecuado de sus actividades escolares

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que el niño no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañada de su mamá quien lo acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	4	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	1	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	1	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	1	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	1	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	1	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	1	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	1	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

NIT.901196411

MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado, se concluye que muestra dificultades en la lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, así como dificultades mayores en las sílabas. Esto indica que sus dificultades posiblemente se deban a una velocidad de procesamiento por debajo de lo esperado. Además, se ha identificado un trastorno mixto de las habilidades escolares.
Debido a su edad, se debe tener en cuenta su baja tolerancia a la frustración, por lo que se sugiere terapia psicológica y terapia ocupacional. Es importante insistir en el cumplimiento del decreto 1421 de 2017 en relación con la construcción de planes individuales de ajustes razonables, ya que esto garantizará la flexibilización curricular y mejorará los procesos académicos en los que el paciente presenta mayores dificultades.
Se recomienda continuar con un apoyo terapéutico integral.

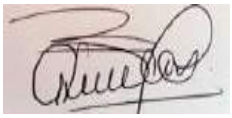
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

Cordialmente,

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **IVAN FELIPE PARDO GUIO**
Edad: 10 AÑOS
Fecha de nacimiento: 26 de junio de 2014
Identificación: 1099214547
Informante: madre

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 10 ingresa paciente en compañía de su madre indica que el niño siempre ha tenido problemas de aprendizaje en todas las áreas, de igual manera indica que hace un año muere el papá y que esto también ha dificultado su proceso académico, indica que la pasa callado, la mamita manifiesta que no tiene ganas de vivir.

Antecedentes pre y perinatales. Dentro de limites normales

Desarrollo psicomotor: Desarrollo dentro de límites normales rolado gateo marcha en términos normales

Desarrollo del lenguaje: Mantiene dificultades en relación a pronunciación el lectura omite y sustituye fonemas.

Desarrollo escolar: mama indica que antes era mas juicioso pero que después de la muerte del papá manifiesta que se distrae más lo que muestra mas dificultades de aprendizaje, y que requiere valoración para determinar forma de aprender del niño.
Desarrollo sexual: Normal.

Pautas de crianza: se evidencia muy triste tal vez por la situación emocional del niño por la condición de la mamá.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra un paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación estuvo alerta, atento y colaborador, de igual forma se evidencia el interés por evidenciar su avance.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.

Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entenderlo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aun persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias, y pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran adecuados desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta , Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más

FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	1	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

CONCLUSION

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

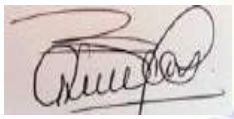
Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas trabadas pr, br, bl etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por tanto el paciente se encuentra en proceso de psicología y terapia ocupacional.
Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.

- Seguimiento longitudinal en un año.
- Estimular la realización de actividades cognoscitivas, ocupacionales y de ocio. Especialmente aquellas que le permitan incrementar el nivel atencional en tareas prolongadas y aumentar la velocidad de procesamiento de la información.
- Remisión por neuropsicología, terapia ocupacional y fonoaudiología para estimulación cognoscitiva. En lo posible asignarle terapias integrales e intensivas.
- Brindar atención personalizada en la escuela. Flexibilizar contenidos y metodologías de evaluación: Se sugiere a los docentes de aula realizar ajustes razonables a través del Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR).
- Mantener entrevistas periódicas entre el profesor, terapeutas y familiares. Es importante trabajar conjuntamente.
- En el aula de clase es importante:
    - Asignar al estudiante un asiento cerca al profesor, lejos de estímulos distractores como ventanas, murales, o elementos decorativos.
    - Evitar exceso de estimulación.
    - Fraccionarle las tareas de largo plazo, en periodos más cortos.
    - Permitir momentos de descarga física periódicos, por ejemplo, participando en rutinas y encargos de clase.
    - Estimular actividades en la cual se destaque.
    - Mantener supervisión constante.
- Uso de programas o actividades en páginas web como: www.lumosity.com, http://www.unobrain.com, http://www.symbaloo.com, etc.
- Practicar hábitos de vida saludables.

Cordialmente,



PSG-MG. AURA LUCIA COCA CHINOME T.P4640212
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA UNIR. R.U.
15596
CEL: 3166430625

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: **JHON ALEX RODRIGUEZ PADILLA**
Edad: 10 AÑOS
Identificación: 1101698528
Informante: (madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 10 años asiste acompañada de su madre para valoración neuropsicológica debido a posibles trastornos en habilidades escolares. La madre refiere que el menor mantiene un ritmo lento de aprendizaje, olvida con facilidad lo que lee y ha tenido varios problemas en relación a su aprendizaje y la adquisición de procesos pedagógicos como la lectura, escritura y matemáticas. Además, menciona que se distrae con facilidad, lo que dificulta el buen desarrollo de sus actividades escolares.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación

Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA

Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro izquierdo. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NIT.901196411

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente visiblemente ansiosa y preocupada por la prueba lo que genera que no mantenga la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual

Praxias Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora. Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	1	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades

FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	1	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

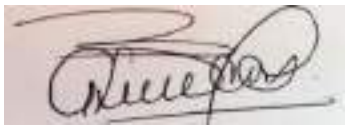
Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

CONCLUSION

La evaluación formal de sus dominios cognoscitivos identificó bajos desempeños para la edad y escolaridad a nivel de los procesos atencionales; de la comprensión verbal compleja; y de la memoria de trabajo (memoria operativa a corto plazo para manipulación activa de información en línea). Por otra parte, demostró adecuadas capacidades en tareas que evalúan las habilidades conceptuales, las habilidades viso-construccionales, las habilidades escolares (lecto-escritura y

habilidades artiméticas) y las habilidades comunicativas básicas.

.



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **JHON EMANUEL CORTAZAR FORERO**
Edad: 13 AÑOS
Fecha de nacimiento: 27 de noviembre de 2011
Identificación: 1053342086

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de masculino quien asiste en compañía de su mamá, manifestando que requiere prueba neuropsicológica debido a que el niño ha presentado dificultades en la institución educativa, tales como inatención en clase, poca disposición para tareas y se cansa rápido tanto en tareas específicas como en tareas que requieren esfuerzo sostenido.

ENFERMEDAD ACTUAL

DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO.
DSMV TDA criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i

Terapéuticos: Terapia de lenguaje, terapia ocupacional, psicología
Psicosocial: Actualmente vive con su mamá y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: normal sin ninguna dificultad
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal, con algunas dificultades articulatorias fonemas no comprensibles

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, manifiesta que a veces se denota pereza pero que al hablarle de buena forma logran muchos objetivos

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su tía, papá y tío quienes lo acompañaron en toda la prueba, estuvo atento y colaborador, sin embargo, se frota la cabeza y la cara refiere que se cansa con facilidad, pide tiempo para ir al baño y para tomar agua.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.

Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño BAJO evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entender lo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aún persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con dificultades articulatorias, pero pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que el paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Escribe muy lento, reconoce algunos grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos sin embargo logra leer por medio de imágenes. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al expresar sus emociones tal vez debido a su situación emocional. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sus tareas Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación académica sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	1	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

CONCLUSION

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que Martin muestra dificultades en todo lo evaluado a nivel académico debido posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i
HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e, f, h

Debido a su edad y a su situación a nivel emocional también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

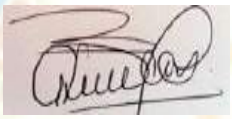
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: JOHAN CAMILO ALARCON NIÑO
Edad: 8 años
Identificación: 1099217015
Fecha de Nacimiento: 24/11/20
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente de 8 años de edad ingresa con la mamá quien indica que el niño siempre ha tenido dificultades de aprendizaje y atencionales, se aplica valoración por neuropsicología, no gateo, camino hasta los 14 meses En la institución educativa no le va muy bien indica la mamá que tiene dificultades atencionales importantes

ANTECEDENTES

Cirugia de corazón abierto a los 11 meses de edad

Terapéuticos: muchas terapias
Psicosocial: Vive con su mama y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: cirugía de corazón abierto.
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: dificultades de lenguaje

Desarrollo escolar: Su desarrollo escolar ha sido con mucha dificultad ya que tiene dificultades atencionales.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente tranquilo, mantiene la atención durante los estímulos expuestos, sin embargo hay dificultades en en relacióna operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas , de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	12	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	12 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 8	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo es importante aclarar que sus dificultades a nivel atencional hacen que su memoria no tenga un buen desempeño, Así mismo para el recobro de la informaciónligada a una historia muestra un desempeño normal a corto plazo. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	6	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 8	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas:8 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 6 Integración: 4	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	8	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 8 Palabras por M: 8	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe dentro de limites normales, presenta rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultadcon la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. Aunque logra planificar y adaptar .

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

PUNTAJE DE DESARROLLO

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA	23. Integración	0	* 7 años y más

7 FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	1	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

LINEA FINA

Implicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez o retraimiento.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO



NI

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo, la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de lentificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDA criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

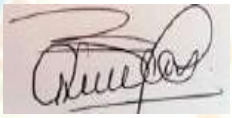
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **JOHAN DAVID FAJARDO OSPINA**
Edad: 7 AÑOS
Fecha de nacimiento: 17 de enero de 2017
Identificación: 1053342067

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de masculino quien asiste en compañía de su mamá, manifestando que requiere prueba neuropsicológica debido a que el niño ha presentado dificultades en la institución educativa, tales como inatención en clase, poca disposición para tareas y se cansa rápido tanto en tareas específicas como en tareas que requieren esfuerzo sostenido antecedente de mielomeningocele, hidrocefalia y espina bífida.

ENFERMEDAD ACTUAL

Mielomeningocele cerrada al nacer
Secuelas de Hidrocefalia
Espina bífida
DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO.

Terapéuticos: Terapia de lenguaje, terapia ocupacional, psicología

Psicosocial: Actualmente vive con su mamá y hermanos

Antecedentes pre y perinatales: Mielomeningocele cerrada al nacer
Secuelas de Hidrocefalia
Espina bífida

Desarrollo psicomotor: con dificultades a nivel de motricidad gruesa y se evidencio dificultades a nivel motor fino cuando ingreso al colegio
Desarrollo del lenguaje: Con algunas dificultades a nivel de lenguaje expresivo y comprensivo

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, manifiesta que a veces se denota pereza pero que al hablarle de buena forma logran muchos objetivos

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quienes lo acompañan en toda la prueba, se distrae totalmente, sin embargo, se frota la cabeza y la cara refiere que todo es fácil.

Pruebas aplicadas:

Escala weschler de inteligencia adultos y evaluación neuropsicológica en ítems de atención, percepción, memoria, lenguaje, conducta y otros.

Se hace descripción del desempeño en cada uno de los índices evaluados en la prueba:

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño bajo en capacidades en razonamiento verbal, no hay formación de conceptos, se evidencia comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, hay conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimientos de normas sociales y sentido común. (indica quiero gaseosa, pero su lenguaje no es comprensible casi es balbuceo que solo entiende la mamita)
Organización Perceptual: Orientado en tiempo y espacio con algunas dificultades a nivel de lateralidad y organización de los elementos
Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño bajo, lo que indica mantener habilidades de secuenciación, memoria auditiva, de igual manera mantiene memoria mecánica en relación a actividades frecuentes, pero con amplias dificultades en procesos básicos de las etapas de la memoria como son almacenamiento, codificación y recuperación.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño bajo, lo que evidencia dificultades en capacidades de procesamiento de la información, en ejecución, dificultades en capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, discriminación visual y flexibilidad, atiende ordenes externas normales

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, atención sostenida en tiempos cortos a estímulos propuestos, presenta atención dispersa en todos los ambientes tanto en su entorno como en el consultorio. En las pruebas formales muestra desempeños bajos en capacidades para focalizar y sostener la atención por periodos de tiempo, no hay alternancia de atención debido a que su capacidad de la misma es de menos de dos minutos, y con una baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 5 PE: 6	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	4	33.03

Focalización	TrailMaking Test A	7 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	03(120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6	Progresión: 5.86
		Regresión: 5	Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje de fluente coherente con buenas habilidades a nivel expresivo, muestra baja velocidad de procesamiento lo que hace que su desempeño a nivel comprensivo se ve un poco distorsionado.

Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 0	Oraciones: 6.01

Expresión	Test de Denominación (EI)	7	11.96
	Coherencia narrativa (EN)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (EN)	5	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	6	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	2	6.92

Memoria

Dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior con capaci aprendizajes.

Praxias

Se muestran desempeños bajos para la copia de figuras, agarre de lápiz preciso, se evidencia traba planeación, estructuración y organización de los elementos

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general que Juan identifica figuras superpuestas, rec cierre e integración visual. No hay conciencia en referencia los peligros que se le puedan presentar.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptu	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 5 Recon. De expresiones: 7 Integración: 4	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

No se evidencia conceptualización verbal y pensamiento asociativo, inhibición de respuestas verbales, par de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántic

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general que identifica figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual. No hay conciencia en referencia los peligro que se le puedan presentar. Imágenes superpuestas: 0		Imágenes superpuestas: 12.87	
Habilidades	Habilidades perceptuales (EN)	Cierre visual: 5	Cierre visual: 5.27
perceptuales	Recon. De expresiones: 7		Recon. De expresiones: 7.35
Integración: 3		Integración: 4.53	

CONCLUSION

Los hallazgos de la evaluación neuropsicológica muestran en primer lugar un perfil intelectual MU

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

DISCAPACIDAD COGNITIVA moderada con desempeños inadecuados en el área de velocidad de pro notorias dificultades. Se evidencia edad mental de 3 años aproximadamente. En conjunción con las áreas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil muy bajo para su edad, lo que supone DISCAPACIDAD CO en la mayoría de dominios evaluados como son funciones atencionales, habilidades lingüísticas, habili memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y conceptualización, presenta un desempeño bajo mostrando así Déficits importante en la velocidad de afectar la adquisición de representaciones ortográficas a nivel subléxico y léxico. Muestra muy bajas co anterior se concluye que se debe continuar reforzando el área de lenguaje de igual manera se debe refo terapia neuropsicopedagogica al igual realizar proyección vocacional en áreas de interés para motivar futura.

GRACIAS POR REMITIR SU PACIENTE



PSG-MG. AURA LUCIA COCA CHINOME
T.P4640212
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
UNIR. R.U. 15596
CEL: 3166430625

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.

Cordialmente,

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
Máster en Neuropsicología
R.U. 15596

a

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA INFANTIL Y DEL PERFIL INTELECTUAL

Nombre: JOHAN SANTIAGO DIAZ ARIZA
Edad: 10 AÑOS
Identificación: 1025328376
Fecha de nacimiento: 23 DE SEPTIEMBRE 2014

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente remitido por la I.E para poder identificar posible condición especial, refiere dificultades atencionales, de igual manera de comportamiento, mantiene dificultades en habilidades sociales lo que hace que tenga muchos conflictos con sus compañeros. La mamá indica que el niño llega muy preocupado y triste a la casa porque no le dan el tiempo suficiente para terminar las actividades escolares y esto hace que el niño tenga manifestaciones de autoagresión y en oportunidades manifiesta que quiere morir.

ANTECEDENTES

En antecedentes médicos muestra diagnostico de TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO TIPO AUTISMO

Terapéuticos: terapia de psicología

Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales

Desarrollo del lenguaje: iniciaelbalbuceo4meses, palabras12meseslamamarefierequeéltuvomuybuenlenguajeyquesiempre se ha destacado portener muy buen lenguaje fluente y coherente, de hecho, con palabras muy estructuradas que no saben de dóndesalen hipersensibleauditivo.

Desarrollo sexual: Normal.

Pautas de crianza: Las pautas de crianza, se manejan de forma adecuada, a veces se altera, y manifiesta que el colegio influye mucho en el comportamiento en la casa, debido a su frustración.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra un paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación estuvo alerta, atento, colaborador con el proceso.

a

Descripción del desempeño en cada uno de los índices evaluados en la prueba:

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño normal en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales y sentido común.
Organización Perceptual: Se muestra un desempeño un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.
Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal-bajo en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.
Velocidad de Procesamiento: Se muestra un **desempeño límite evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.**

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, que mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del niño, sin embargo, presenta distracción en ambientes estructurados como el de la evaluación. Responde coherente a lo que se le pregunta. En las pruebas formales se muestra dificultades en focalizar y sostener la atención, de la misma manera en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, lo que evidencia baja velocidad de procesamiento de la información, mostrándose lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 22 PE: 3	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	8	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	17 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	17 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 2 Regresión: 3	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			

Sin dificultades articulatorias, capacidad de repetición conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra dificultades en desempeños referida a denominación por confrontación visual, pero con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Así mismo presenta conflictos en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

a

Expresión	Test de Denominación (ENI)	3	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	3	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	2	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	1	6.92
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 2	Oraciones: 6.01

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que el paciente obtiene una curva de aprendizaje productiva en volumen de

información corto y largo plazo, por lo anterior no se hace necesario claves semánticas para que finalmente reconozca la información. Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un bajo desempeño a corto y largo plazo. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia bajas capacidades en el proceso propio de la memoria, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	5	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 3 LP: 2	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 16 LP: 2	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 4	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 15	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas. Sin embargo, se debe tener en cuenta la edad del evaluado.

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 10 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 6 Integración: 4	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestra pocas habilidades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, al igual en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	4	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 12 PE: 3	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 28 1. 33 (45'') 2. 27 (45'') 3. 20 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
Máster en Neuropsicología
R.U. 15596

a

Habilidades de rendimiento académico

Presenta algunos problemas de concentración cuando lee y escribe, es importante tener en cuenta que lee, sin embargo, realiza omisión, rotación y sustitución de algunas letras, evidencia Interpretación coherente de la información, de igual forma comprende conceptos abstractos. NO Muestra dificultades en organizar el espacio.

Lectura	En voz alta , Velocidad (ENI)	32.22	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	1	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	22.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	1	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 5	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	1	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	1	7.35
	Dictado de números (ENI)	1	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	1	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	1	7.29
	Cálculo mental (ENI)	1	9.75

AMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
IGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
IGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
IGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
IGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
GURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
GURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
GURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
GURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
GURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	1	**7años y más
GURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
GURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
GURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
GURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
GURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
GURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades

a			
GURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
GURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
GURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
GURA 5	17. Forma perdida.	1	No diferencia
GURA 5	17.b linea por puntos.	1	**Todas las edades
GURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
GURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
GURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
GURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
GURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
GURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
GURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
GURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
GURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
GURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
Máster en Neuropsicología
R.U. 15596

a

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

En Los hallazgos de la evaluación neuropsicológica de muestra en primer lugar un perfil intelectual **PROMEDIO NORMAL CIT80**, con desempeño normal en la mayoría de los índices, principalmente en el área de velocidad de procesamiento, cognitivamente hábil. En conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil normal para su edad en todos los dominios evaluados, fluidez verbal, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas, Sin embargo, presenta dificultades en socialización, con algunos estereotipos que podrían reportar ligeras conductas de tipo autista "asperger" o TEA GRADO 1 al cumplir criterios DSMV TEA B.1,2,3 se debe tener en cuenta que la implementación en PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES se deben direccionar hacia el proceso de velocidad de procesamiento



Aura Lucía Coca Chinome
Máster en Neuropsicología
Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
Máster en Neuropsicología
R.U. 15596

a

Chiquinquira, CALLE 14ª No 6-36 BARRIO NOGAL
Celular 3164430625-3213560286

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **JOHAN SNEIDER ROA MEDINA**
Edad: 13 AÑOS
Identificación: 1096223107
Informante: (madre)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 13 ingresa con su mamá con dificultades de aprendizaje remitido por la institución educativa, se evidencia gran preocupación por su acudiente quien refiere que necesita un soporte para reorientar a su hijo en su proceso académico.

Antecedentes pre y perinatales. Dentro de limites normales

Desarrollo psicomotor: Desarrollo dentro de límites normales rolado gateo marcha en términos normales

Desarrollo del lenguaje: Dentro limites normales.

Desarrollo escolar: La señora madre manifiesta que siempre ha tenido dificultades de aprendizaje, y que requiere valoración para determinar forma de aprender del niño.

Desarrollo sexual: Normal.

Pautas de crianza: Ausencia de estilos de crianza.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra un paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación estuvo alerta, atento y colaborador, de igual forma se evidencia el interés por evidenciar su avance.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.

Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entenderlo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aun persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, sin dificultades articulatorias, y pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran adecuados desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta , Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más

FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	1	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotación.	0	**7años y más

CONCLUSION

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas trabadas pr, br, bl etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por tanto el paciente se encuentra en proceso de psicología y terapia ocupacional.
Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

ORIENTACIONES EN EL AULA

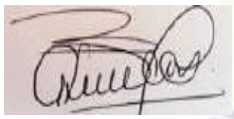
- Seguimiento longitudinal en un año.
- Estimular la realización de actividades cognoscitivas, ocupacionales y de ocio. Especialmente aquellas que le permitan incrementar el nivel atencional en tareas prolongadas y aumentar la velocidad de procesamiento de la información.
- Remisión por neuropsicología, terapia ocupacional y fonoaudiología para estimulación cognoscitiva. En lo posible asignarle terapias integrales e intensivas.
- Brindar atención personalizada en la escuela. Flexibilizar contenidos y metodologías de evaluación: Se sugiere a los docentes de aula realizar ajustes razonables a través del Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR).
- Mantener entrevistas periódicas entre el profesor, terapeutas y familiares. Es importante trabajar conjuntamente.

- En el aula de clase es importante:
    - Asignar al estudiante un asiento cerca al profesor, lejos de estímulos distractores como ventanas, murales, o elementos decorativos.
    - Evitar exceso de estimulación.
    - Fraccionarle las tareas de largo plazo, en periodos más cortos.
    - Permitir momentos de descarga física periódicos, por ejemplo, participando en rutinas y encargos de clase.
    - Estimular actividades en la cual se destaque.
    - Mantener supervisión constante.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



PSG-MG. AURA LUCIA COCA CHINOME T.P4640212
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA UNIR. R.U.
15596
CEL: 3166430625

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: JUAN DAVID BAREÑO ARIZA
Edad: 14 AÑOS
Identificación: 1101757206
Fecha de Nacimiento: 09/06/10
Colegio: Inscomercio
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente en buenas condiciones de salud, acompañado de su mamá quien se encuentra presente durante el desarrollo de las pruebas. El menor ha sido referido debido a dificultades significativas en su atención, concenración y aspectos actitudinales, lo cual en cierta medida ha afectado su rendimiento académico. Los padres han expresado preocupación por el impacto que esto puede tener en su bienestar emocional.

F402 TRASTORNO MIXTO DE HABILIDADES ESCOLARES

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mamá y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: Se han presentado dificultades en relación a su desarrollo escolar, viéndose afectada también su parte actitudinal y de comportamiento, además que el menor no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador, se evidencia preocupación por parte de su mamá.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente se muestra pensativa, no mantiene la atención durante los estímulos expuestos, en relacióna operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	10	32.15
Focalización	TrailMaking Test A	12 (33'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (116'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.80 Regresión: 4.00
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.97
	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.66
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.71

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 24	Reconocimiento: 23.12

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Perseveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades

FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotación.	1	**7años y más

REPORTE EMOCIONAL DEL TEST DE BENDER

NOMBRE: ***JUAN DAVID BAREÑO***

FECHA APLICACIÓN: **05-12-24** **EDAD:** **14 -06**

FECHA DE NACIMIENTO: **09-06-10**

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de identificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i

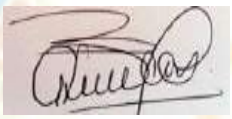
HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.
Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: JUAN ESTEBAN ARIZA
Edad: 5 AÑOS
Identificación: 1094218742
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente en buenas condiciones de salud, ingresa con su mamá quien lo acompaña en toda la prueba la mamá indica que siempre ha sido un niño muy inquieto que le cuesta quedarse en un solo lugar, corre como si lo impulsara un motor y que ha tenido varios inconvenientes en el colegio y en su casa.
Paciente en buenas condiciones de salud ingresa acompañado de su mamá, quien lo acompaña durante toda la prueba. La mamá indica que siempre ha sido un niño muy inquieto, con dificultad para quedarse en un solo lugar, comportándose como si lo impulsara un motor. Ha tenido varios inconvenientes tanto en el colegio como en casa. Ante estos síntomas y comportamientos, se sospecha de un posible Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), y se considera necesaria una evaluación neuropsicológica para confirmar el diagnóstico y desarrollar un plan de intervención adecuado.

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, sobre todo en su conducta, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que el niño no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente muy inquieto, no mantiene la atención durante los estímulos expuestos, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	12	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	12 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	1	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	1	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	1	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

LINEA FINA

Implicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez o retraimiento.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i

HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

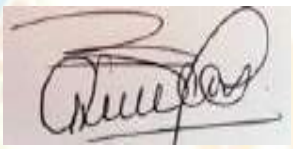
Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.

- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: JUAN JOSE PEÑA PLAZAS
Edad: 10 ÑOS 6 MESES
Identificación: 1033116229
Fecha de Nacimiento: 19 De enero de 2014
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente en buenas condiciones de salud, ingresa con su mamá quien lo acompaña en toda la prueba la mamá indica que siempre ha sido un niño muy distraído no sigue el ritmo de su la clase y esto dificulta el proceso de aprendizaje. La mamá indica también que su escritura es difusa, combina minúsculas y mayúsculas

F402 TRASTORNO MIXTO DE HABILIDADES ESCOLARES

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su abuela, hermana y padrastro
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales, pero su gateo fue de para atrás y marcha en puntas
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades sobre todo en escritura

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente muy inquieto, no mantiene la atención durante los estímulos expuestos, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	12	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	12 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

PUNTAJE DE DESARROLLO

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más

FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	1	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

LINEA FINA

Implicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez o retraimiento.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO



NI

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo, la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de lentificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado.

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

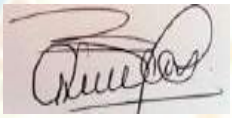
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **JUAN NICOLAS HERNANDEZ GOMEZ**
Edad: 10 AÑOS
Identificación: 1099214745
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Juan Nicolás Hernández, un niño de 10 años, llega para una valoración neuropsicológica acompañado de su madre. Ella comenta que Juan Nicolás muestra un ritmo lento de aprendizaje y olvida con facilidad lo que lee. A lo largo de su vida, ha enfrentado diversos problemas relacionados con su aprendizaje, así como con la adquisición de habilidades pedagógicas como la lectura, escritura y matemáticas. Además, su madre menciona que se distrae con facilidad, dificultando el desarrollo adecuado de sus actividades escolares

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que la niña no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañada de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	4	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	1	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	1	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	1	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	1	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	1	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	1	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	1	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

NIT.901196411

MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado, se concluye que Juan Nicolás muestra dificultades en la lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, así como dificultades mayores en las sílabas. Esto indica que sus dificultades posiblemente se deban a una velocidad de procesamiento por debajo de lo esperado. Además, se ha identificado un trastorno mixto de las habilidades escolares.
Debido a su edad, se debe tener en cuenta su baja tolerancia a la frustración, por lo que se sugiere terapia psicológica y terapia ocupacional. Es importante insistir en el cumplimiento del decreto 1421 de 2017 en relación con la construcción de planes individuales de ajustes razonables, ya que esto garantizará la flexibilización curricular y mejorará los procesos académicos en los que el paciente presenta mayores dificultades.
Se recomienda continuar con un apoyo terapéutico integral.

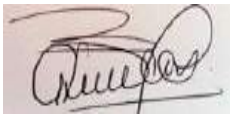
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

Cordialmente,

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: KENDER SAMUEL HERNANDEZ GOMEZ
Edad: 11 AÑOS
Identificación: 1130044218
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 11 años ingresa acompañado de su mamá, derivado por la institución educativa debido a dificultades de aprendizaje en diversas habilidades escolares. Se considera necesario realizar una evaluación neuropsicológica mixta para identificar las áreas específicas que están siendo afectadas y diseñar un plan de intervención adecuado que mejore su rendimiento académico y bienestar general.

Terapéuticos: no indica
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que su hijo no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañada de su mamá quien lo acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador, sin embargo, su mamá indica que quiere mucho su hijo y que sufre por él por no poder darle lo que el menor necesita.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	4	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción		* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta kender muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que su velocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: **TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES**

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que asi se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

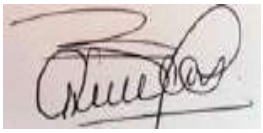
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

Cordialmente,

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: LUIS MIGUEL ARCILA VARGAS
Edad: 9 AÑOS
Identificación: 1099215456
Fecha de nacimiento: 27 de mayo de 2015
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente en buenas condiciones de salud, ingresa con su mamá quien lo acompaña en toda la prueba la mamá indica que siempre ha sido un niño muy inquieto que le cuesta quedarse en un solo lugar, corre como si lo impulsara un motor y que ha tenido varios inconvenientes en el colegio y en su casa.
Paciente en buenas condiciones de salud ingresa acompañado de su mamá, quien lo acompaña durante toda la prueba. La mamá indica que siempre ha sido un niño muy inquieto, con dificultad para quedarse en un solo lugar, comportándose como si lo impulsara un motor. Ha tenido varios inconvenientes tanto en el colegio como en casa. Ante estos síntomas y comportamientos, se sospecha de un posible Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), y se considera necesaria una evaluación neuropsicológica para confirmar el diagnóstico y desarrollar un plan de intervención adecuado.

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, sobre todo en el lenguaje, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que el niño no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente muy inquieto, no mantiene la atención durante los estímulos expuestos, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	12	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	12 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	1	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	1	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	1	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

LINEA FINA

Implicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez o retraimiento.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSIÓN

TRASTORNO ESPECIFICO EN HABILIDADES ESCOLARES

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPEECIFICADO

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

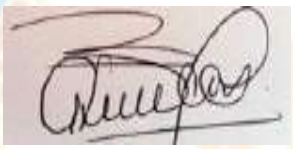
Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.

- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **MARIA ISABELLA RINCON PINZON**
Edad: 9 AÑOS
Identificación: 1097639614
Informante: madre

MOTIVO DE CONSULTA

Menor de 9 años, quien ingresa en compañía de su mamá, señalando que la menor siempre se le ha dificultado el estudio e interiorizar conocimientos. Ella resalta que no encuentra metodologías para que su hija logre llevar un desempeño académico satisfactorio.

Antecedentes pre y perinatales. Dentro de limites normales

Desarrollo psicomotor: Desarrollo dentro de límites normales rolado gateo marcha en términos normales

Desarrollo del lenguaje: Mantiene dificultades en relación a pronunciación el lectura omite y sustituye fonemas.

Desarrollo escolar: Foco atencional débil, pues se distrae lo que muestra más dificultades de aprendizaje, y que requiere valoración para determinar forma de aprender del niño.

Pautas de crianza: Ausencia de estilos de crianza, no hay planificación ni establecimiento de hábitos de estudio.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra un paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación estuvo alerta, atento y colaborador, de igual forma se evidencia el interés por evidenciar su avance.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.

Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entenderlo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aun persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias, y pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran adecuados desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta , Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más

FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

CONCLUSION

De acuerdo a lo evaluado, se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que su velocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por tanto el paciente se encuentra en proceso de psicología y terapia ocupacional.
Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.

- Seguimiento longitudinal en un año.
- Estimular la realización de actividades cognoscitivas, ocupacionales y de ocio. Especialmente aquellas que le permitan incrementar el nivel atencional en tareas prolongadas y aumentar la velocidad de procesamiento de la información.
- Remisión por neuropsicología, terapia ocupacional y fonoaudiología para estimulación cognoscitiva. En lo posible asignarle terapias integrales e intensivas.
- Brindar atención personalizada en la escuela. Flexibilizar contenidos y metodologías de evaluación: Se sugiere a los docentes de aula realizar ajustes razonables a través del Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR).

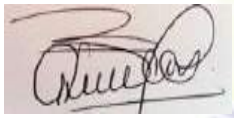
- Mantener entrevistas periódicas entre el profesor, terapeutas y familiares. Es importante trabajar conjuntamente.
- En el aula de clase es importante:
    - Asignar al estudiante un asiento cerca al profesor, lejos de estímulos distractores como ventanas, murales, o elementos decorativos.
    - Evitar exceso de estimulación.
    - Fraccionarle las tareas de largo plazo, en periodos más cortos.

Permitir momentos de descarga física periódicos, por ejemplo, participando en rutinas y encargos de clase.
Estimular actividades en la cual se destaque.

- Mantener supervisión constante.

- Uso de programas o actividades en páginas web como: www.lumosity.com, http://www.unobrain.com, http://www.symbaloo.com, etc.
- Practicar hábitos de vida saludables.

Cordialmente,



PSG-MG. AURA LUCIA COCA CHINOME T.P4640212
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA UNIR. R.U. 15596
CEL: 3166430625

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: **MARIA JOSE SANCHEZ RODRIGUEZ**
Edad: 10 AÑOS
Identificación: 1099214527
Informante: (madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente quien asiste en compañía de su madre manifiestan requerir valoración por neuropsicología q u e quien refiere que la niña mantiene un ritmo lento de aprendizaje, y que olvida con facilidad lo que lee; en el transcurso de su vida ha tenido varios problemas en relación a su aprendizaje, adquisición de procesos a nivel pedagógico, tales como lectura, escritura, matemáticas y otros. De igual manera manifiesta que se distrae con facilidad lo que dificulta el buen desarrollo de las actividades en el colegio.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación

Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA

Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro izquierdo. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NIT.901196411

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente visiblemente ansiosa y preocupada por la prueba lo que genera que no mantenga la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual

Praxias Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora. Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades

FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TAMAÑO GRANDE

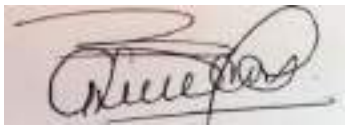
Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out.
(forma de descargar los impulsos hacia fuera).

CONCLUSION

La evaluación formal de sus dominios cognoscitivos identificó bajos desempeños para la edad y escolaridad a nivel de los procesos atencionales; de la comprensión verbal compleja; y de la memoria de trabajo (memoria operativa a corto plazo para manipulación activa de información en

línea). Por otra parte, demostró adecuadas capacidades en tareas que evalúan las habilidades conceptuales, las habilidades viso-construccionales, las habilidades escolares (lecto-escritura y habilidades artiméticas) y las habilidades comunicativas básicas.

.



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **MATHIAS PEÑA VILLAMIL**
Edad: 10 AÑOS
Fecha de nacimiento: 27 de noviembre de 2011
Identificación: 1055525030

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 10 años, quien asiste en compañía de su mamá, manifestando que requiere prueba neuropsicológica debido a que el niño ha presentado dificultades en la institución educativa, tales como inatención en clase, poca disposición para tareas y se cansa rápido tanto en tareas específicas como en tareas que requieren esfuerzo sostenido.

ENFERMEDAD ACTUAL

Terapéuticos: Terapia de lenguaje, terapia ocupacional, psicología
Psicosocial: Actualmente vive con su mamá y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: normal sin ninguna dificultad
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, manifiesta que a veces se denota pereza pero que al hablarle de buena forma logran muchos objetivos

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su tía, papá y tío quienes lo acompañaron en toda la prueba, estuvo atento y colaborador, sin embargo, se frota la cabeza y la cara refiere que se cansa con facilidad, pide tiempo para ir al baño y para tomar agua.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.

Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño BAJO evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entender lo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aún persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con dificultades articulatorias, pero pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que el paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Escribe muy lento, reconoce algunos grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos sin embargo logra leer por medio de imágenes. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al expresar sus emociones tal vez debido a su situación emocional. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sus tareas Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación académica sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	1	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotación.	0	**7años y más

CONCLUSION

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que Martin muestra dificultades en todo lo evaluado a nivel académico debido posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i
HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e, f, h

Debido a su edad y a su situación a nivel emocional también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

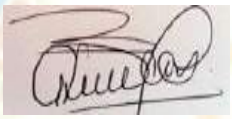
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
Máster en Neuropsicología
R.U. 15596

a

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA INFANTIL Y DEL PERFIL INTELECTUAL

Nombre: MATTHEW FERREIRA VELASQUEZ
Edad: 8 AÑOS
Identificación: 1025328376

MOTIVO DE CONSULTA
Paciente ingresa con su abuela materna quien en la actualidad es su acudiente permanente, el objetivo de evaluar a Matthew es poder identificar posible condición especial, refiere dificultades atencionales, de igual manera de comportamiento, con dificultades en habilidades sociales lo que hace que no pueda sostener sus relaciones interpersonales. La abuela indica que cuando vivían en Dinamarca Matthew pronunciaba algunas palabras, pero al residir en Colombia todo cambio abruptamente.

ANTECEDENTES

En antecedentes médicos muestra diagnóstico de TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO TIPO AUTISMO

Terapéuticos: terapia de psicología

Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: inicia el balbuceo 4 meses, palabras 12 meses, sin embargo por cambio de idiomas al llegar a Colombia se evidenciaron retrasos en está área.
Desarrollo sexual: Normal.

Pautas de crianza: Las pautas de crianza, se manejan de forma adecuada, a pesar de no convivir con papá y mamá , Matthew está en una familia contenedora donde le brindan amor y están atentos ante las necesidades del menor.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES
Se encuentra un paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación estuvo alerta, desatento.

Descripción del desempeño en cada uno de los índices evaluados en la prueba

a

Comprensión Verbal: No se evidencia desempeño normal en capacidades de razonamiento verbal, hay formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales y sentido común.
Organización Perceptual: No se logra evidenciar un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.
Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal-bajo en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.
Velocidad de Procesamiento: Se muestra un **desempeño límite evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.**

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, que mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del niño, sin embargo, presenta distracción en ambientes estructurados como el de la evaluación.. En las pruebas formales se muestra dificultades en focalizar y sostener la atención, de la misma manera en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, lo que evidencia baja velocidad de procesamiento de la información, mostrándose lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 22 PE: 3	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	6	32.5
Focalización	TrailMaking Test A	18 (22'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	18 (146'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 2 Regresión: 3	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			

Intención comunicativa, autista no parlante, capacidad de repetición conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra dificultades en desempeños referida a denominación por confrontación visual . Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Así mismo presenta lenguaje comprensivo no expresivo.

Expresión	Test de Denominación (ENI)	1	7.3
	Coherencia narrativa (ENI)	1	2
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	2	2
	Comprensión del discurso (ENI)	1	1
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	1	2.5
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 0	Oraciones: 2

Memoria

En cuanto al recobro de la información ligada a una historia muestra un bajo desempeño a corto y largo plazo. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia bajas capacidades en el proceso propio de la memoria, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	5	8.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 3 LP: 2	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 16 LP: 2	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 4	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento:8	Reconocimiento: 16.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas. Sin embargo, se debe tener en cuenta la edad del evaluado.

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades inadecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 10 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 6 Integración: 4	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
Máster en Neuropsicología
R.U. 15596

a

Funciones Ejecutivas

Se muestra pocas habilidades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, al igual en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	4	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 12 PE: 3	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 28 1. 33 (45'') 2. 27 (45'') 3. 20 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
Máster en Neuropsicología
R.U. 15596

a

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	1	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	1	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	1	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

Chiquinquira, CALLE 14ª No 6-36 BARRIO NOGAL
Celular 3164430625-3213560286

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
Máster en Neuropsicología
R.U. 15596

a

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

AUMENTO PROGRESIVO

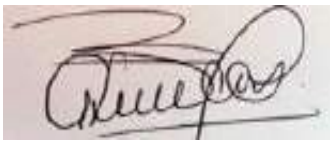
Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

En Los hallazgos de la evaluación neuropsicológica de muestra en primer lugar un perfil intelectual **PROMEDIO NORMAL CIT80**, con desempeño normal en la mayoría de los índices, principalmente en el área de velocidad de procesamiento, cognitivamente hábil. En conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil normal para su edad en todos los dominios evaluados, fluidez verbal, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas, Sin embargo, presenta dificultades en socialización, con algunos estereotipos que podrían reportar ligeras conductas de tipo autista "asperger" o TEA GRADO 1 al cumplir criterios DSMV TEA B.1,2,3 se debe tener en cuenta que la implementación en PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES se deben direccionar hacia el proceso de velocidad de procesamiento



Aura Lucía Coca Chinome
Máster en Neuropsicología
Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
Máster en Neuropsicología
R.U. 15596

a

Chiquinquira, CALLE 14ª No 6-36 BARRIO NOGAL
Celular 3164430625-3213560286

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
Máster en Neuropsicología
R.U. 15596

a

Chiquinquira, CALLE 14ª No 6-36 BARRIO NOGAL
Celular 3164430625-3213560286

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: **MILLAN STICK GONZALEZ HOLGUIN**
Edad: 11 AÑOS
Identificación: NA
Informante: (madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Millán, un niño de 11 años, asiste acompañado de su madre para una valoración neuropsicológica. La madre refiere que Millán mantiene un ritmo lento de aprendizaje y olvida con facilidad lo que lee. A lo largo de su vida, ha presentado varios problemas relacionados con su aprendizaje y la adquisición de procesos pedagógicos, como la lectura, escritura y matemáticas. También menciona que se distrae con facilidad, lo cual dificulta el buen desarrollo de sus actividades escolares.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación

Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA

Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro izquierdo. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NIT.901196411

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente visiblemente ansiosa y preocupada por la prueba lo que genera que no mantenga la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual

Praxias Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

La expresión del lenguaje muestra un desempeño adecuado en la denominación por confrontación visual y una buena coherencia narrativa al leer imágenes. Sin embargo, en la lectura en voz baja y alta, no hay coherencia en las respuestas a las preguntas de comprensión lectora. En cuanto a la comprensión de instrucciones, es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en las capacidades metalingüísticas o en la conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un proceso adecuado de lectura y escritura.

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades

FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

LINEA ONDULADA

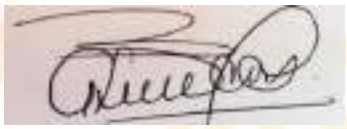
Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

CONCLUSION

La evaluación formal de los dominios cognoscitivos de Millán identificó bajos desempeños para su edad y escolaridad en los procesos atencionales, en la comprensión verbal compleja y en la memoria de trabajo (memoria operativa a corto plazo para la manipulación activa de información en línea). Por otro lado, Millán demostró capacidades adecuadas en tareas que evalúan las habilidades conceptuales, viso-construccionales, escolares (lecto-escritura y habilidades aritméticas) y las habilidades comunicativas básicas.



NIT.901196411

Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja

R.U 15596

SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: OSCAR DAVID QUINTERO AGUILAR
Edad: 8ª ÑOS 6 MESES
Identificación: 1099216406
Fecha de Nacimiento: 16 DE ABRIL DEL 2016
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente en buenas condiciones de salud, ingresa con su mamá quien lo acompaña en toda la prueba la mamá indica que siempre ha sido un niño muy inquieto que le cuesta quedarse en un solo lugar, corre como si lo impulsara un motor y que ha tenido varios inconvenientes en el colegio y en su casa, su madre se siente muy frustrada y no sabe cómo actuar con él. No sigue el ritmo de la clase y esto dificulta el proceso de aprendizaje.

F402 TRASTORNO MIXTO DE HABILIDADES ESCOLARES

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, sobre todo en su conducta, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que el niño no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente muy inquieto, no mantiene la atención durante los estímulos expuestos, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	12	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	12 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades

FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	1	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

LINEA FINA

Implicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez o retraimiento.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO



NI

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo, la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de lentificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i

HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

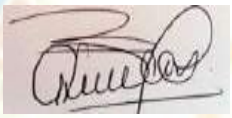
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: REIKER SAMUEL ROJAS CHARRY
Edad: 9 AÑOS
Identificación: 1072713517
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente en buenas condiciones de salud, ingresa con su mamá quien lo acompaña en toda la prueba la mamá indica que siempre ha sido un niño muy inquieto que le cuesta quedarse en un solo lugar, corre como si lo impulsara un motor y que ha tenido varios inconvenientes en el colegio y en su casa, su madre se siente muy frustrada y no sabe cómo actuar con él. No sigue el ritmo de la clase y esto dificulta el proceso de aprendizaje.

F402 TRASTORNO MIXTO DE HABILIDADES ESCOLARES

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, sobre todo en su conducta, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que el niño no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente muy inquieto, no mantiene la atención durante los estímulos expuestos, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	12	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	12 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades

FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotación.	1	**7años y más

REPORTE EMOCIONAL DEL TEST DE BENDER

NOMBRE: ***REYKER SAMUEL ROJAS CHARRY***
FECHA APLICACIÓN: 11-12-24 **EDAD: 10**
FECHA DE NACIMIENTO:

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i
HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e

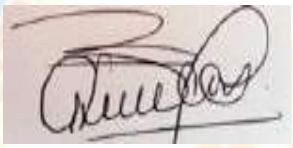
Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que

se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.
Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **SAMUEL ALEJANDRO RODRIGUEZ**
Edad: 9 AÑOS
Identificación: 1099215462

MOTIVO DE CONSULTA

Menor de 9 años asiste a evaluación neuropsicológica acompañado de su mamá debido a dificultades en la escuela. Se observa inatención en clase, poca disposición para realizar las tareas escolares y fatiga rápida tanto en actividades específicas como en aquellas que requieren un esfuerzo sostenido. Por esta razón, se considera necesaria la realización de una prueba neuropsicológica para evaluar de manera más detallada las áreas que podrían estar afectadas y desarrollar un plan de intervención adecuado.

ENFERMEDAD ACTUAL

Terapéuticos: No refieren
Psicosocial: Actualmente vive con su mamá y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: normal sin ninguna dificultad
Desarrollo psicomotor: Dentro de límites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal, con algunas dificultades articulatorias fonemas no comprensibles

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, manifiesta que se le debe insistir y hacer acompañamiento para que lleve a cabo algunas actividades propias del colegio.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su tía, papá y tío quienes lo acompañaron en toda la prueba, estuvo atento y colaborador, sin embargo, se frota la cabeza y la cara refiere que se cansa con facilidad, pide tiempo para ir al baño y para tomar agua.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.

Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño BAJO evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entenderlo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aún persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con dificultades articulatorias, pero pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que el paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Escribe muy lento, reconoce algunos grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos sin embargo logra leer por medio de imágenes. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al expresar sus emociones tal vez debido a su situación emocional. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sus tareas Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación académica sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	1	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más

FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de identificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que Samuel Alejandro muestra dificultades en todo lo evaluado a nivel académico debido posiblemente se deban a que su velocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i
HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e, f, h

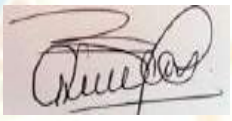
Debido a su edad y a su situación a nivel emocional también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

Quitale el Dis a su Capacidad

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: **SAMUEL DAVID ARIZA QUIROGA**
Edad: 5 años
Identificación: 1099218768
INFORMANTE: MADRE

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente quien asiste en compañía de su madre manifiesta requerir valoración por neuropsicología puesto que refiere que el niño en transcurso de sus 5 añitos ha tenido algunas dificultades en relación a su aprendizaje, adquisición de procesos a nivel pedagógico, , manifiesta de igual manera que se distrae con mucha facilidad. Se brindan pautas de crianza para implementar las mismas y ayudar al menor en su desarrollo psicosocial y afectivo.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación estuvo disperso, impulsivo, inquieto.
Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA
Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro izquierdo y derecho. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica, en ocasiones mantiene marcha en punta.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia dificultades en planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NEUROPSICOLOGIA

Organización Perceptual: Se muestra desempeño bajo en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño bajo con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente quien muestra dificultades en atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostener la atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual
Praxias
Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales
Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Funciones Ejecutivas

Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores. Dificultades en planificación y toma de decisiones

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

Lenguaje espontáneo, con algunas dificultades articulatorias, pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas, y dar cuenta de lo escuchado.

NIT.901196411

CONCLUSION

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	1	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	1	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	1	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	1	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	1	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	1	* 7 años y más

FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

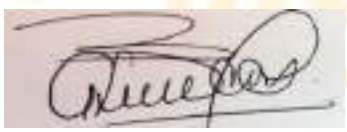
Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

DX: TRASTORNO DE DEFICIT ATENCIONAL

Los hallazgos en conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil por debajo de lo esperado para sus 5 años de edad, en la mayoría de dominios evaluados como son funciones atencionales, habilidades visoconstruccionales, memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y en funciones ejecutivas como conceptualización, fluidez verbal, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas. Sin embargo, es importante resaltar que se presentan fallas principalmente a nivel atencional complejo y en la velocidad de procesamiento de la información. Se debe continuarcon procesoterapéuticointegral. De igual manera se debe realizar en la institución educativa PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLE (PIAR)



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: SARA LIZETH PALOMINO
Edad: 12 AÑOS
Identificación: 1150437788
Informante: (acudiente hermana)

MOTIVO DE CONSULTA

Menor de 12 años quien asiste en compañía de sy hermana mayor de edad, manifestando que requiere prueba neuropsicológica inatención en clase, poca disposición para tareas y se cansa rápido tanto en tareas específicas como en tareas que requieren esfuerzo sostenido. La acudiente indica que la niña manifiesta dificultades para tolerar la frustración, manifiesta que ha mejorado en el colegio y que su desarrollo académico ha sido más positivo, sin embargo aun presenta dificultades en el aprendizaje y en procesos conductuales.

ENFERMEDAD ACTUAL

Ninguna aparente

Terapéuticos: Ninguna

Psicosocial: Estilo de crianza de autoridad con amor, establecimiento de rutinas. Familia estrcuturada en cuanto las funciones de cada rol, familia contenedora y funcional.

Antecedentes pre y perinatales: Aparente trastorno mental por parte de la madre
Desarrollo psicomotor: Cuidados propios y desarrollo a nivel de niño prematuro
Desarrollo del lenguaje: Con dificultades en la articulación

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, sin embargo la acudiente indica que ha tenido muchas terapias y esto le ha ayudado a mejorar en su proceso académico.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañada de su mamita quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atenta y colaboradora.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración,

conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.
Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño BAJO evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entender lo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aún persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, sin dificultades articulatorias, y pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sus tareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que su velocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i
HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que asi se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

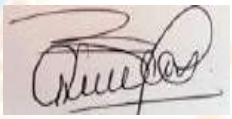
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.
- Seguimiento longitudinal en un año.
- Estimular la realización de actividades cognoscitivas, ocupacionales y de ocio. Especialmente aquellas que le permitan incrementar el nivel atencional en tareas prolongadas y aumentar la velocidad de procesamiento de la información.
- Remisión por neuropsicología, terapia ocupacional y fonoaudiología para estimulación cognoscitiva. En lo posible asignarle terapias integrales e intensivas.
- Brindar atención personalizada en la escuela. Flexibilizar contenidos y metodologías de evaluación: Se sugiere a los docentes de aula realizar ajustes razonables a través del Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR).
- Mantener entrevistas periódicas entre el profesor, terapeutas y familiares. Es importante trabajar conjuntamente.
- En el aula de clase es importante:
    - Asignar al estudiante un asiento cerca al profesor, lejos de estímulos distractores como ventanas, murales, o elementos decorativos.
    - Evitar exceso de estimulación.
    - Fraccionarle las tareas de largo plazo, en periodos más cortos.
    - Permitir momentos de descarga física periódicos, por ejemplo, participando en rutinas y encargos de clase.
    - Estimular actividades en la cual se destaque.
    - Mantener supervisión constante.
- Uso de programas o actividades en páginas web como: www.lumosity.com, http://www.unobrain.com, http://www.symbaloo.com, etc.
- Practicar hábitos de vida saludables.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: **SAREEY BRIYITH ARIZA FORERO**
Edad: 8 AÑOS
Identificación: 1186964002
Informante: (madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Niña de 8 años asiste acompañada de su madre para valoración neuropsicológica. La madre refiere que la niña mantiene un ritmo lento de aprendizaje y olvida con facilidad lo que lee. A lo largo de su vida ha presentado varios problemas relacionados con su aprendizaje y la adquisición de procesos pedagógicos como la lectura, escritura y matemáticas. También menciona que se distrae con facilidad, lo cual dificulta el buen desarrollo de sus actividades escolares..

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación

Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA

Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro izquierdo. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NIT.901196411

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente visiblemente ansiosa y preocupada por la prueba lo que genera que no mantenga la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual

Praxias Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

La expresión del lenguaje muestra un desempeño adecuado en la denominación por confrontación visual y una buena coherencia narrativa al leer imágenes. Sin embargo, en la lectura en voz baja y alta, no hay coherencia en las respuestas a las preguntas de comprensión lectora. En cuanto a la comprensión de instrucciones, es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en las capacidades metalingüísticas o en la conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un proceso adecuado de lectura y escritura.

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	1	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades

FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	1	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	1	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	1	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

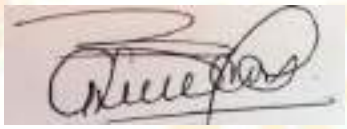
Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

La evaluación formal de los dominios cognoscitivos de Sareey identificó bajos desempeños para su edad y escolaridad en los procesos atencionales, en la comprensión verbal compleja y en la memoria de trabajo (memoria operativa a corto plazo para la manipulación activa de información en línea). Por otro lado, Sareey demostró capacidades adecuadas en tareas que evalúan las habilidades conceptuales, viso-construccionales, escolares (lecto-escritura y habilidades aritméticas) y las habilidades comunicativas básicas**.**



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: SERGIO RODRIGUEZ
Edad: 10 AÑOS
Identificación: 1099215456
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente en buenas condiciones de salud, ingresa con su mamá quien lo acompaña en toda la prueba la mamá indica que siempre ha sido un niño muy inquieto que le cuesta quedarse en un solo lugar, corre como si lo impulsara un motor y que ha tenido varios inconvenientes en el colegio y en su casa.
Paciente en buenas condiciones de salud ingresa acompañado de su mamá, quien lo acompaña durante toda la prueba. La mamá indica que siempre ha sido un niño muy inquieto, con dificultad para quedarse en un solo lugar, comportándose como si lo impulsara un motor. Ha tenido varios inconvenientes tanto en el colegio como en casa. Ante estos síntomas y comportamientos, se sospecha de un posible Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), y se considera necesaria una evaluación neuropsicológica para confirmar el diagnóstico y desarrollar un plan de intervención adecuado.

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mama y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, sobre todo en el lenguaje, pero lo que más le preocupa a la mamá es las dificultades comportamentales ya que el niño no sigue el ritmo de su clase y no saben cómo atraer su atención.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente muy inquieto, no mantiene la atención durante los estímulos expuestos, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	12	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	12 (49'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (120'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.64
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	5	9.62

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	1	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	1	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	1	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

LINEA FINA

Implicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez o retraimiento.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSIÓN

TRASTORNO ESPECIFICO EN HABILIDADES ESCOLARES

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPEECIFICADO

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

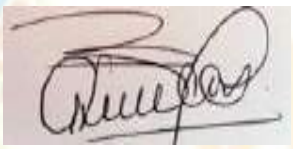
Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.

- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: SHAIRA GONZALEZ DUARTE
Edad: 12 AÑOS
Identificación: 1187203236
Informante: MADRE
Fecha de Evaluación: noviembre 2024

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 12 años ingresa con su mamá, con dificultades de aprendizaje remitido por la institución educativa, ha sido repitente de años escolares.

Antecedentes pre y perinatales. Dentro de limites normales

Desarrollo psicomotor: Desarrollo dentro de límites normales rolado gateo marcha en términos normales

Desarrollo del lenguaje: Dentro limites normales.

Desarrollo escolar: la mamá de Shaira manifiesta que siempre se han presentado dificultades a nivel escolar y muchas veces no cuentan con técnicas de estudio
Desarrollo sexual: Normal.

Pautas de crianza: Estilos parentales de permisividad, ausencia de normas y limites dentro del hogar.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra un paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación estuvo alerta, atento y colaborador, de igual forma se evidencia el interés por evidenciar su avance.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.
Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.
Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.
Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entenderlo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aun persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, sin dificultades articulatorias, y pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	9	11.96
	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran adecuados desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta , Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más

FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	1	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

CONCLUSION

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de identificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Estimular la realización de actividades cognoscitivas, ocupacionales y de ocio. Especialmente aquellas que le permitan incrementar el nivel atencional en tareas prolongadas y aumentar la velocidad de procesamiento de la información.
- Remisión por neuropsicología, terapia ocupacional y fonoaudiología para estimulación cognoscitiva. En lo posible asignarle terapias integrales e intensivas.
- Brindar atención personalizada en la escuela. Flexibilizar contenidos y metodologías de evaluación: Se sugiere a los docentes de aula realizar ajustes razonables a través del Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR).
- En el aula de clase es importante:
    - Asignar al estudiante un asiento cerca al profesor, lejos de estímulos distractores como ventanas, murales, o elementos decorativos.
    - Fraccionarle las tareas de largo plazo, en periodos más cortos.
    - Permitir momentos de descarga física periódicos, por ejemplo, participando en rutinas y encargos de clase.
    - Estimular actividades en la cual se destaque.
    - Mantener supervisión constante.
- Practicar hábitos de vida saludable.

Cordialmente,

PSG-MG. AURA LUCIA COCA CHINOME T.P4640212
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA UNIR. R.U. 15596
CEL: 3166430625

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: **THOMAS ALEXANDER MORENO CANCELADO**
Edad: 14 AÑOS
Identificación: 1072665459
Informante: (madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente quien asiste en compañía de su madre manifiestan requerir valoración por neuropsicología q u e quien refiere que el niño mantiene un ritmo lento de aprendizaje, y que olvida con facilidad lo que lee; en el transcurso de su vida ha tenido varios problemas en relación a su aprendizaje, adquisición de procesos a nivel pedagógico, tales como lectura, escritura, matemáticas y otros. De igual manera manifiesta que se distrae con facilidad lo que dificulta el buen desarrollo de las actividades en el colegio.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación

Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA

Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro izquierdo. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NIT.901196411

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente visiblemente ansiosa y preocupada por la prueba lo que genera que no mantenga la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual

Praxias Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora. Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más

FIGURA 5	16. Rotación.	1	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out.
(forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

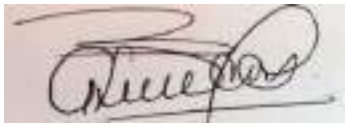
EXPANSIÓN

Implicaciones: La Expansión está asociada en los niños pequeños con impulsividad y conducta acting-out. Este indicador parece darse normalmente en los preescolares. Entre los niños en edad escolar aparece casi exclusivamente en los protocolos de los que están emocionalmente perturbados y tienen una lesión neurológica.

CONCLUSION

La evaluación formal de sus dominios cognoscitivos identificó bajos desempeños para la edad y escolaridad a nivel de los procesos atencionales; de la comprensión verbal compleja; y de la memoria de trabajo (memoria operativa a corto plazo para manipulación activa de información en línea). Por otra parte, demostró adecuadas capacidades en tareas que evalúan las habilidades conceptuales, las habilidades viso-construccionales, las habilidades escolares (lecto-escritura y habilidades artiméticas) y las habilidades comunicativas básicas.

.



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: **VIVIANE LIZETH CABRERA**
Edad: 8 AÑOS
Identificación: 1099216017
Informante: (madre)

MOTIVO DE CONSULTA

Menor de 8 años, quien asiste en compañía de su mamá, con el objetivo de la aplicación de la prueba neuropsicologica por inatención en clase, poca disposición para tareas y se cansa rápido tanto en tareas específicas como en tareas que requieren esfuerzo sostenido. La madre indica que la niña manifiesta dificultades para tolerar la frustración, presentando dificultades en el aprendizaje y en procesos conductuales

ENFERMEDAD ACTUAL

Ninguna aparente

Terapéuticos: Terapia de lenguaje, terapia ocupacional, psicología
Psicosocial: Estilos de crianza permisividad , ausencia en pautas de crianza .
Antecedentes pre y perinatales: No refiere
Desarrollo psicomotor: No refiere
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, sin embargo la mamá indica que le gustaría fuese informada de técnicas de estudio en dado caso para ayudar a su hija.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañada de su mamita quien la acompaño en toda la prueba, estuvo atenta y colaboradora.

Comprensión Verbal: Se evidencia avance en capacidades de razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, su expresión verbal es aún muy tímida, habla con voz baja tal vez por miedo a la frustración, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de normas sociales supeditadas siempre a la paciencia del interlocutor y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra que mantiene un desempeño normal, adecuadas capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, razonamiento abstracto y categórico.

Memoria de Trabajo: Se muestra un desempeño normal en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea excelente en matemáticas.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño BAJO evidenciando dificultades importantes en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación visomotora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva. Es importante entender la dificultad mayor radica en tomarse su tiempo para entenderlo que se le solicita, por tanto se debe tener en cuenta esta situación a la hora de evaluarlo.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, mantiene la atención durante las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática, sin embargo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, pero aún persiste dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información descrita anteriormente donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			

Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	18	33.03
Focalización	TrailMaking Test A	24 (49")	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (120")	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 4	Progresión: 5.86 Regresión: 4.06

Lenguaje

Lenguaje espontáneo fluente, coherente, sin dificultades articulatorias, y pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación de hacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración

Repetición	Repetición (ENI) Test de Denominación (ENI)	Oraciones: 8 9	Oraciones: 6.01 11.96
Expresión	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.64
Comprensión	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.62
	Comprensión del discurso (ENI)	4	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje normal con un volumen de información adecuada a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto y largo plazo. Sin dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia adecuadas capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61

		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	14.5	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	13	9.30
Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 10 Animales: 14 Palabras por M: 11	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sus tareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	7	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	8	7.35
	Dictado de números (ENI)	8	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	7	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	6	7.29
	Cálculo mental (ENI)	9	9.75

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que su velocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO. **TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION**

DSMV TDAH criterios **INATENCION**: 1 a, b, c, d, e, g, h, i
HIPERACTIVIDAD: 2. a, b, c, d, e

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que asi se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

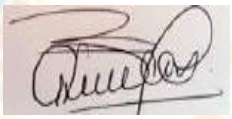
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- Seguimiento longitudinal en un año.
- Estimular la realización de actividades cognoscitivas, ocupacionales y de ocio. Especialmente aquellas que le permitan incrementar el nivel atencional en tareas prolongadas y aumentar la velocidad de procesamiento de la información.
- Remisión por neuropsicología, terapia ocupacional y fonoaudiología para estimulación cognoscitiva. En lo posible asignarle terapias integrales e intensivas.
- Brindar atención personalizada en la escuela. Flexibilizar contenidos y metodologías de evaluación: Se sugiere a los docentes de aula realizar ajustes razonables a través del Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR).
- Mantener entrevistas periódicas entre el profesor, terapeutas y familiares. Es importante trabajar conjuntamente.
- En el aula de clase es importante:
    - Asignar al estudiante un asiento cerca al profesor, lejos de estímulos distractores como ventanas, murales, o elementos decorativos.
    - Evitar exceso de estimulación.
    - Fraccionarle las tareas de largo plazo, en periodos más cortos.
    - Permitir momentos de descarga física periódicos, por ejemplo, participando en rutinas y encargos de clase.
    - Estimular actividades en la cual se destaque.
    - Mantener supervisión constante.
- Practicar hábitos de vida saludables.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: YASTIN ANDREY CELIS MOLINA
Edad: 10 AÑOS
Identificación: 1099214082
Colegio Inscomercio
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Familia monoparental, padre ausente, familia disfuncional, ausencia de estilos de estilos de crianza. Se facilitan pautas de crianza para que sean instauradas en casa, al igual que establecimiento de rutinas. Remitida por la institución académica debido a dificultades en el aprendizaje y situaciones a nivel disciplinario.

F402 TRASTORNO MIXTO DE HABILIDADES ESCOLARES

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mamá
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: desde el inicio su desarrollo escolar ha venido con muchas dificultades, en todos los aspectos, se distrae con facilidad haciendo que se presenten recurrentes llamados de atención por parte de los docentes, acerca del ámbito disciplinario de Yastin Andrey.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, llega en compañia de su mamá quien estuvo presente durante la prueba. Se evidencia con actitud expectante al inicio de la prueba, una vez se desarrolla la misma Yastin se ve atento y colaborador.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente alerta, sostiene la atención en el desarrollo de las tareas que son del agrado del paciente, en relación a operaciones lógico matematicas y de números muestra desinterés, generando temor hacia está área especifica. Asimismo, se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. Por tanto, en las pruebas formales focaliza y sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	17	33.00
Focalización	TrailMaking Test A	24 (33'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	15 (104'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 6 Regresión: 5	Progresión: 5.77 Regresión: 4.00
Lenguaje			
Lenguaje fluente y coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. En cuanto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinación de déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación hacia los demás puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	7	12
	Coherencia narrativa (ENI)	2	4.43
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.80

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.88
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	4	6.77

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que el paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 23	Reconocimiento: 23.04

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 11 Cierre visual: 6 Recon. De expresiones: 8 Integración: 7	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual . Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	78.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	5	5.90
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.24	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.57
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	6	7.33
	Dictado de números (ENI)	3	7.07
	Cálculo (serie directa) (ENI)	3	7.49
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.77

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

PUNTAJE DE DESARROLLO

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

NIT.901196411

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Perseveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	1	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	1	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más
FIGURA	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las

7 FIGURA 7	22. Rotación	1	edades * 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotación.	1	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de identificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO



NI

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de lentificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que Yastin Arley, muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que su velocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: **TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES**

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que asi se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

Se debe continuar con apoyo terapéutico integral.

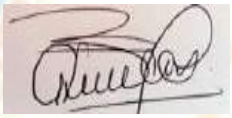
ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que ‘haga un esfuerzo’. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

INFORME DE EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA Y DE PERFIL INTELECTUAL

Nombre: YOFER MANUEL LOBO VAGAS
Edad: 7 AÑOS
Identificación: 1094835263
Fecha de Nacimiento: 09/10/2017
Informante: (MADRE)

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa paciente en buenas condiciones de salud, acompañado de su mamá quien se encuentra presente durante el desarrollo de las pruebas. El menor ha sido referido debido a dificultades significativas en su atención, concenración y aspectos actitudinales, lo cual en cierta medida ha afectado su rendimiento académico. Los padres han expresado preocupación por el impacto que esto puede tener en su bienestar emocional.

F402 TRASTORNO MIXTO DE HABILIDADES ESCOLARES

Terapéuticos: no indica
Psicosocial: Vive con su mamá y hermanos
Antecedentes pre y perinatales: no reporta alguna dificultad en entorno perinatal y natal
Desarrollo psicomotor: Dentro de limites normales
Desarrollo del lenguaje: Normal

Desarrollo escolar: Se han presentado dificultades en su mayoría en procesos lectoescritores

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, viene acompañado de su mamá quien lo acompaño en toda la prueba, estuvo atento y colaborador, se evidencia preocupación por parte de su mamá.

INSTRUMENTOS APLICADOS: TEST VISOMOTOR DE BENDER, CRITERIOS ENI: MEMORIA VISUAL, HABILIDADES ACADEMICAS (LECTURA, ESCRITURA Y ARITMETICA) FUNCIONES EJECUTIVAS (ORGANIZACIÓN, PARTICIPACION, MEMORIA DE TRABAJO FLEXIBILIDAD MENTAL, AUTOREGULACION INHIBICION Y CONTROL DE CONDUCTA.

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICO

Función evaluada	Pruebas Utilizadas	Puntaje paciente	Puntaje esperado
Atención			
Paciente se muestra pensativa, no mantiene la atención durante los estímulos expuestos, en relacióna operaciones matemáticas y actividades de lógica matemática muestra desinterés, no le gusta las matemáticas y esto le genera miedo, de igual manera se distrae en ambientes estructurados como el de la evaluación. En las pruebas formales no focaliza ni sostiene la atención, dificultades importantes en funciones atencionales más complejas como alternar la atención, es probable que se deba a la baja velocidad de procesamiento de la información donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.			
Veloc. procesamiento	Claves (WISC)	PD: 28 PE: 4	PE > 8
Atención visual	Cancelación de letras (ENI)	10	32.15
Focalización	TrailMaking Test A	12 (33'')	24 (MD: 25.7; DE: 8.8)
Alternancia	TrailMaking Test B	6 (116'')	24 (ME: 49.8; DE: 15.2)
Atención auditiva	Dígitos (ENI)	Progresión: 4 Regresión: 4	Progresión: 5.80 Regresión: 4.00
Lenguaje			
Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con algunas dificultades articulatorias aunque pragmáticamente correcto.La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresióndel lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con coherencia narrativa. Respecto a la comprensión es capaz de seguir instrucciones sencillas, y dar cuenta de lo escuchado. Dificultades de acceso al léxico, puede estar causada por una combinaciónde déficit en el procesamiento fonológico, auditivo, y/o visual. Lo que indica que la comunicación dehacia otros puede ser tímida, no por dificultades de lenguaje si no por temor mismo a frustración			
Repetición	Repetición (ENI)	Oraciones: 8	Oraciones: 6.01
Expresión	Test de Denominación (ENI)	8	11.97
	Coherencia narrativa (ENI)	3	4.66
	Seguimiento de instrucciones (ENI)	6	9.71

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

Comprensión	Comprensión del discurso (ENI)	3	5.86
H. Metalingüísticas	Deletreo (ENI)	3	6.92

Memoria

En la memoria verbal se encuentra que la paciente obtiene una curva de aprendizaje bajo con volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, Así mismo para el recobro de la información ligada a una historia muestra un desempeño normal a corto. Con dificultades en el recobro de una información visual trabajada previamente. Lo anterior evidencia dificultades en capacidades para realizar nuevos aprendizajes, es decir en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información.

Memoria visual	Recobro Figura compleja (ENI)	7	10.96
Memoria verbal	Memoria lógica (ENI)	CP: 13 LP: 13	CP: 9.31 LP: 9.10
	Memoria verbal (ENI)	CP: 36 LP: 9	CP: 31.92 LP: 9.32
		R. por Claves: 10	R. por Claves: 9.61
		Reconocimiento: 24	Reconocimiento: 23.12

Praxias

Se muestran bajos desempeños para la copia de figuras complejas, con adecuada planeación, estructuración y organización de los elementos. Así mismo para la construcción de modelos en 3d secuencialmente más complejos.

H. Visoconstruccionales	Figura Compleja de Rey	12	14.14
	Cubos (WISC-IV)	PD: 31 PE: 9	PE > 8

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Habilidades perceptuales	Habilidades perceptuales (ENI)	Imágenes superpuestas: 12 Cierre visual: 7 Recon. De expresiones: 7 Integración: 6	Imágenes superpuestas: 12.87 Cierre visual: 5.27 Recon. De expresiones: 7.35 Integración: 4.53

Funciones Ejecutivas

Se muestran dificultades relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con adecuada monitorización y conciencia de sus errores.

Concept. Verbal	Similitudes (ENI)	12	9.30

Razónam. abstracto	Matrices (WISC IV)	PD: 18 PE: 8	PE > 8
Inhibición de respuestas	Stroop	Puntuación T: 52 1. 73 (45'') 2. 41 (45'') 3. 25 (45'')	Puntuación T > 40
Fluidez verbal	Fluidez verbal (ENI)	Frutas: 6 Animales: 10 Palabras por M: 10	Frutas: 13.21 Animales: 16.77 Palabras por M: 10.69

Habilidades de rendimiento académico

Lee y escribe muy lento, tiene rotación, omisión y sustitución de grafemas al igual Falla en la memoria inmediata, no recordando lo leído por su dificultad con la comprensión de la lectura, en el lenguaje escrito, Interpreta mal la información por su falta de comprensión de conceptos abstractos y porque lee mal. Muestra dificultades en organizar sus pensamientos al escribir. No logra planificar su tiempo ni tiene estrategias para terminar a tiempo sustareas y sus exámenes de forma escrita. Trabaja con lentitud y no se adapta a ambientes nuevos. Finalmente evita leer, debido a que comienza a vislumbrarse, crisis de ansiedad. Por lo anterior se solicita que la evaluación sea de forma oral no escrita.

Lectura	En voz alta, Velocidad (ENI)	98.38	115.45
	En voz alta, Comprensión (ENI)	6	5.93
	En silencio, Velocidad (ENI)	90.22	128.62
	En silencio, Comprensión (ENI)	3	5.00
Escritura	Escritura (ENI)	Oraciones: 15	Oraciones: 16.60
	Coherencia narrativa escritura (ENI)	2	5
Aritmética	Lectura de números (ENI)	5	7.35
	Dictado de números (ENI)	3	7.01
	Cálculo (serie directa) (ENI)	4	7.46
	Cálculo (serie inversa) (ENI)	3	7.29
	Cálculo mental (ENI)	6	9.75

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	1	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Perseveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	1	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades

FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	1	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotación.	1	**7años y más

REPORTE EMOCIONAL DEL TEST DE BENDER

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

AUMENTO PROGRESIVO

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden a normalmente tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de identificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta lo evaluado se concluye que muestra dificultades en lectura de pseudopalabras y palabras desconocidas, de igual forma dificultades mayores en las silabas etc. Lo que indica que las dificultades posiblemente se deban a que suvelocidad de procesamiento se encuentra por debajo de lo esperado. De igual manera se debe tener en cuenta que se muestra: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO.

Debido a su edad también se debe entender que mantiene baja tolerancia a la frustración por lo que se sugiere terapia de psicología y terapia ocupacional.

Se debe insistir en el proceso propio del decreto 1421 de 2017 en relación a construcción de PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLES debido a que así se garantizara la flexibilización curricular y mejorara los procesos académicos en el que el paciente mantiene mayor dificultad.

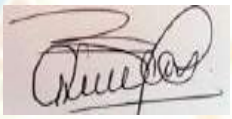
NIT.901196411

AURA LUCIA COCA CHINOME
MASTER EN NEUROPSICOLOGIA
R.U 15596

ORIENTACIONES EN EL AULA

- Ser positivo y constructivo.
- Aceptar el hecho de que el niño con dificultades específicas de aprendizaje podrá tardar hasta tres veces más en aprender y que se cansará Rápidamente.
- Cerciorarse de que el entorno educativo es estructurado, previsible y ordenado: los niños con dificultades de aprendizaje responden más favorablemente cuando se dan estas condiciones.
- A estos niños no los motivarán los sobornos, amenazas o súplicas para que 'haga un esfuerzo'. Esto no mejorará sus resultados ya que lo que necesita son explicaciones e instrucciones más claras, más lentas o con más repetición.
- Elogiar sus capacidades y aprovechar sus puntos fuertes para enseñarle mejor.
- En general, un disléxico sin apoyo familiar está abocado al fracaso.
- El colegio debe colaborar con la familia y contar con ella para la toma de decisiones metodológicas y evaluadoras.
- La promoción de grado es un punto importante para su evolución académica y social.

Cordialmente,



Aura Lucía Coca Chinome
Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: **ARON ALI GAMBA SIERRA**
Edad: 12 años
Fecha de Nacimiento: 28 de mayo de 2012
Identificación: 1053342922
INFORMANTE: MADRE

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente quien asiste en compañía de su madre manifiesta requerir valoración por neuropsicología q u e quien refiere que el niño en transcurso de su vida ha tenido algunas dificultades en relación a su aprendizaje, adquisición de procesos a nivel pedagógico, tales como lectura, escritura, matemáticas, manifiesta de igual manera que se distrae con mucha facilidad. Familia monoparental extensa, Padre ausente desde el nacimiento. Aron es el tercer hijo de 5 hermanos. No hay establecimiento de normas y figura de autoridad en el hogar. Se percibe que las relaciones filiofraternales son conflictivas, Los que ejercen autoridad son los abuelos. Se brindan pautas de crianza para implementar las mismas y ayudar al menor en su desarrollo psicosocial y afectivo.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación estuvo disperso, impulsivo, inquieto.
Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA
Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro izquierdo y derecho. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica, en ocasiones mantiene marcha en punta.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia dificultades en planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño bajo en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño normal bajo con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente quien muestra dificultades en atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostener la atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.

Memoria En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual
Praxias Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores. Dificultades en planificación y toma de decisiones

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

Lenguaje espontáneo, con algunas dificultades articulatorias, pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo, en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora. Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas, y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

NIT.901196411

CONCLUSION

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	1	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	1	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	1	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	1	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	1	* Todas las edades

FIGURA 7	22. Rotación	1	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

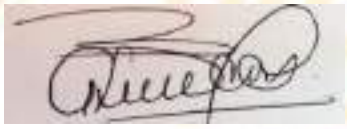
Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

DX: TRASTORNO DE DEFICIT ATENCIONAL

Los hallazgos en conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil por debajo de lo esperado para su edad, en la mayoría de dominios evaluados como son funciones atencionales, habilidades visoconstruccionales, memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y en funciones ejecutivas como conceptualización, fluidez verbal, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas. Sin embargo, es importante resaltar que se presentan fallas principalmente a nivel atencional complejo y en la velocidad de procesamiento de la información. Se debe continuarconprocesoterapéuticointegral. De igual manera se debe realizar en la institución educativa PLANES INDIVIDUALES DE AJUSTES RAZONABLE (PIAR)



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre:	BRIAN SNEIDER CARREÑO AMADO
Edad:	12 años 1 mes
Fecha de Nacimiento:	23 de noviembre de 2012
Identificación:	1099212666
INFORMANTE:	MADRE

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente quien asiste en compañía de su madre manifiestan requerir valoración por neuropsicología, quien refiere que el niño en transcurso de su vida ha tenido varias dificultades de aprendizaje en funciones superiores como memoria, atención, percepción y habituación. De igual manera manifiesta que el niño es muy tímido y que tiene problemas de socialización.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, se evidencia posible dificultades a nivel de aprendizaje, la mamá indica que la dificultad mayor en su hijo es las matemáticas, y que esto le genera miedos en el colegio.
Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA
Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro derecho. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NEUROPSICOLOGIA

Escala WISCV de inteligencia niños y evaluación neuropsicológica en ítems de atención, percepción, memoria, lenguaje, conducta y otros.

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite en capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño normal bajo con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite bajo con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente quien mantiene la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.

Memoria En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje poco productiva, posiblemente por fallas atencionales complejas con un volumen de información a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro dela información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que el paciente requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual
Praxias Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

Lenguaje espontáneo, algunas dificultades articulatorias, pragmáticamente correcto. La capacidad derepetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuados desempeños referida a denominación por confrontación visual, con baja coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo, en lectura en voz baja y alta no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora. Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas, y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

NIT.901196411

CONCLUSION

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción		* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	1	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	1	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	1	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	0	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	1	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	1	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	1	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	1	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	1	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

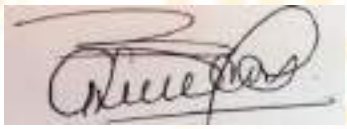
Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

EXPANSIÓN

Implicaciones: La Expansión está asociada en los niños pequeños con impulsividad y conducta acting-out. Este indicador parece darse normalmente en los preescolares. Entre los niños en edad escolar aparece casi exclusivamente en los protocolos de los que están emocionalmente perturbados y tienen una lesión neurológica.

DX: TRASTORNO ESPECIFICO DEL APRENDIZAJE
F81.0 CON DIFICULTADES EN LA LECTURA
F8181 CON DIFICULTAD EN LA EXPRESION ESCRITA

Tal como se mide en esta prueba, se clasifica en el ***Rangolimite*** en conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil por debajo de lo esperado para su edad, en la mayoría de dominios evaluados como son funciones atencionales, habilidades visoconstruccionales, memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y en funciones ejecutivas como conceptualización, fluidez verbal, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas. Sin embargo, es importante resaltar que se presentan fallas principalmente a nivel atencional complejo y en la velocidad de procesamiento de la información. Se debe continuar con proceso terapéutico integral.



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre:	**ANGIE ZANETH OLAYA**
Identificación	1101755908
Edad:	16 AÑOS
Escolaridad:	SEPTIMO GRADO
I.E.	INSCOMERCIO
Informante:	(madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente quien asiste en compañía de su madre manifiesta requerir valoración por neuropsicología Menor de 16 años, familia extensa. Padre ausente, dinámica familiar disfuncional. Relaciones filiomaternales conflictivas y de comportamientos hostiles, no hay figura de autoridad por parte de la mamá, adolescente desafiante, no acata normas en el hogar, consumo de licor, vida sexual activa. Al parecer, Angie fue víctima de abuso sexual cuando tenía 8 años. De igual manera su rendimiento escolar siempre ha estado por debajo de su edad.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación estuvo dispersa, manifiesta estar preocupada por situaciones con su novio, se realizó varias actividades como ambientación para la aplicación de los estímulos propios de esta evaluación.

Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA

Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro derecho. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución

de las actividades.

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

NIT.901196411

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente visiblemente ansiosa y preocupada por la prueba lo que genera que no mantenga la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual
Praxias
Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales
Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas
Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

Lenguaje espontáneo, con algunas dificultades articulatorias, pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora.

Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades encapacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

NIT.901196411

CONCLUSION

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

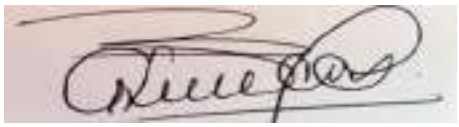
SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

DX: TRASTORNO ESPECIFICO DEL APRENDIZAJE
DEFICIT DE ATENCION (TDA)
F81.0 CON DIFICULTADES EN LA LECTURA
F8181 CON DIFICULTAD EN LA EXPRESION ESCRITA
F81.2 CON DIFICULTAD EN LAS MATEMATICAS

Los hallazgos de la evaluación neuropsicológica muestran en primer lugar un Coeficiente intelectual total de ***75*** tal como se mide en esta prueba, se clasifica en el ***Rango limite*** en conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil por debajo de lo esperado para su edad, en la mayoría de dominios evaluados como son funciones atencionales, habilidades viso construccionales, memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y en funciones ejecutivas como conceptualización, fluidez verbal, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas. Sin embargo, es importante resaltar que se presentan fallas principalmente a nivel atencional complejo y en la velocidad de procesamiento de la información de igual manera es

concluyente la evidencia del TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION TDA. Cumpliendo criterios A1 a,b,c,d,f,g,h,i. para lo cual se sugiere continuar con proceso terapéutico integral. Se sugiere a la institución educativa realizar plan individual de ajustes razonables (PIAR) Decreto 1421 2017



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre:	**CHERID YARID CUBIDES SEDANO**
Identificación	10999217050
Edad:	8 AÑOS 1 mes
Fecha de nacimiento	15/11/2016
Escolaridad:	tercero
I.E.	INSCOMERCIO
Informante:	(madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente quien asiste en compañía de su madre manifiesta requerir valoración por neuropsicología indica que la niña ha presentado dificultades de aprendizaje desde siempre, no lee no escribe, olvida con facilidad lo que hace en el colegio, en el área de lenguaje también presenta dificultades de lenguaje, la mamita indica que el niño.

ANTECEDENTES

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación.

Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA

Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro derecho. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

NIT.901196411

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente visiblemente ansiosa y preocupada por la prueba lo que genera que no mantenga la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual
Praxias
Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales
Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas
Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

Lenguaje espontáneo, con algunas dificultades articulatorias, pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora.

Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades encapacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

NIT.901196411

CONCLUSION

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out.
(forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

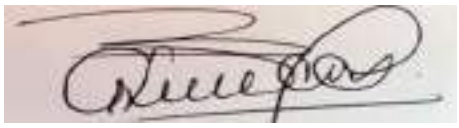
SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

DX: TRASTORNO ESPECIFICO DEL APRENDIZAJE
DEFICIT DE ATENCION (TDA)
F81.0 CON DIFICULTADES EN LA LECTURA
F8181 CON DIFICULTAD EN LA EXPRESION ESCRITA
F81.2 CON DIFICULTAD EN LAS MATEMATICAS

Los hallazgos de la evaluación neuropsicológica muestran en primer lugar tal como se mide en esta prueba, se clasifica en el ***Rango limite*** en conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil por debajo de lo esperado para su edad, en la mayoría de dominios evaluados como son funciones atencionales, habilidades viso construccionales, memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y en funciones ejecutivas como conceptualización, fluidez verbal, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas. Sin embargo, es importante resaltar que se presentan fallas principalmente a nivel atencional complejo y en la velocidad de procesamiento de la información de igual manera es concluyente la evidencia del TRASTORNO

DE DEFICIT DE ATENCION TDA. Cumpliendo criterios A1 a,b,c,d,f,g,h,i. para lo cual se sugiere continuar con proceso terapéutico integral. Se sugiere a la institución educativa realizar plan individual de ajustes razonables (PIAR) Decreto 1421 2017



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre:	**DANIELA HERNANDEZ**
Identificación	1052816208
Edad:	14 Años
Fecha de nacimiento	16/09/09
Escolaridad:	sexto
I.E.	INSCOMERCIO
Informante:	(madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente quien asiste en compañía de su madre manifiesta requerir valoración por neuropsicología indica que siempre ha tenido dificultades en el aprendizaje, sobre todo en matemáticas, lenguaje, convive con su mamá y dos hermanas mañana.

ANTECEDENTES

No referencio ningún antecedente de complejidad que aporte a su dificultad

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación.
Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA

Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro derecho. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño normal capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente con dificultades atencionales importantes en alternar la atención. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje poco productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual
Praxias
Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras sobrepuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Funciones Ejecutivas

Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

Lenguaje espontáneo, con algunas dificultades articulatorias, pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora. Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

CONCLUSION

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	1	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	1	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5	1	* 7 años y

	o +)		más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de unificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

DX: TRASTORNO ESPECIFICO DEL APRENDIZAJE

NIT.901196411

DEFICIT DE ATENCION (TDA)
F81.0 CON DIFICULTADES EN LA LECTURA
F8181 CON DIFICULTAD EN LA EXPRESION ESCRITA
F81.2 CON DIFICULTAD EN LAS MATEMATICAS

Los hallazgos de la evaluación neuropsicológica muestran en primer lugar un diagnostico a nivel de dificultad en habilidades académicas tal como se mide en esta prueba, se clasifica en el ***Rango limite*** en conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil por debajo de lo esperado para su edad, en la mayoría de dominios evaluados como son funciones atencionales, habilidades viso construccionales, memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y en funciones ejecutivas como conceptualización, fluidez verbal, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas. Se debe resaltar que se presentan fallas principalmente a nivel atencional complejo y en la velocidad de procesamiento de la información lo que concluye con el diagnostico anterior. Se indica a la institución educativa realizar plan individual de ajustes razonables (PIAR) Decreto 1421 2017 con el fin de mejorar el proceso académico de la estudiante.



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre:	**DANA MELISA SANCHEZ**
Identificación	1102489672
Edad:	14 AÑOS
Fecha de nacimiento	22 DE DICIEMBRE DE 2010
Escolaridad:	
I.E.	INSCOMERCIO
Informante:	(madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente quien asiste en compañía de su tía materna con quie vive desde que nació, manifiesta requerir valoración por neuropsicología con el fin de identificar problemas de aprendizaje o déficit cognitivo ya que la niña tiene antecedente por parte de la mamá de déficit cognitivo severo, indica que la niña ha presentado dificultades de aprendizaje desde siempre, no lee no escribe, olvida con facilidad lo que hace en el colegio, en el área de lenguaje también presenta dificultades de lenguaje.

ANTECEDENTES

Deficit cognitivo por parte de su mamá.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación.

Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA

Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro derecho. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.

3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia dificultades para planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Se evidencia dificultades atencionales importantes tal como se observa en pruebas formales, se evidencia dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. De igual manera muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje poco productiva con un volumen de información con dificultad en memoria corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia requiere pistas para recordar lo leído, muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia el requerir tiempo para lograr recordar lo expuesto.

Praxias

Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos.

Habilidades perceptuales

Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.

Funciones Ejecutivas

Tuvo adecuados desempeños en tareas que dependen de la abstracción de relaciones categoriales a partir de material verbal (semejanzas) y no verbal (conceptos con dibujos). También evidenció adecuados desempeños en tareas que requieren del análisis de relaciones lógicas entre elementos y del razonamiento abstracto (matrices); y en tareas que dependen del aprendizaje de normas convencionales de conducta y el planteamiento de soluciones ante situaciones sociales hipotéticas (comprensión social). Por otra parte, tuvo bajos desempeños en tareas que dependen de la manipulación activa de información en línea (memoria de trabajo verbal); y en tareas que requieren de la búsqueda activa de información lexical (fluidez fonémica); no obstante, tuvo adecuados desempeños para la búsqueda de información a partir de clave semántica.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

Lenguaje espontáneo, con algunas dificultades articulatorias, pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora. Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

CONCLUSION

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades

FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out.
(forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

DX: TRASTORNO ESPECIFICO DEL APRENDIZAJE

Los hallazgos de la evaluación neuropsicológica muestran en primer lugar tal como se mide en esta prueba, se clasifica en el ***Rango limite*** en conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil por debajo de lo esperado para su edad, en la mayoría de dominios evaluados como son funciones atencionales, habilidades viso construccionales, memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y en funciones ejecutivas como conceptualización, fluidez verbal, razonamiento abstracto e inhibición de respuestaspara lo cual se sugiere continuar con proceso terapéutico integral. Se sugiere a la institución educativa realizar plan individual de ajustes razonables (PIAR) Decreto 1421 2017



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: HAIR STIVEN RODRIGUEZ MARTINEZ
Edad: 10 AÑOS
Identificación: 1050618194
Fecha de Nacimiento 14 de feb de 2014

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente quien asiste con su mamita, a valoración por neuropsicología con antecedentes de prematurez extrema, por tanto su desarrollo siempre fue mas lento y sus habilidades a nivel cognitivo se vieron afectadas, la mamá indica que el niño aprende más lento y que su desarrollo en el colegio ha sido muy difícil, de igual manera indica la mamá que por su desarrollo físico le da miedo que comparta con sus amigos ya que el camina mas lento y tiende a caerse por lo que quisiera que el niño este en un lugar mas adecuado para que no tenga que subir escaleras

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES

Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones estuvo atento y colaborador.

Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA

Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta dificultades de flexibilidad en MMSS-MMII, se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando graves dificultades posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian importantes reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro derecho con dificultad. Presenta confusiones importantes en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia dificultades en planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NEUROPSICOLOGIA

ENI de inteligencia niños y evaluación neuropsicológica en ítems de atención, percepción, memoria, lenguaje, conducta funciones ejecutivas test visomotor de Bender.

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas socialesy sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

NIT.901196411

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención Paciente quien en las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual
Praxias Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

Lenguaje espontáneo, con algunas dificultades articulatorias, pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora. Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades en capacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.



NIT.901196411

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	0	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	0	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	0	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

NIT.901196411

CONCLUSION

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

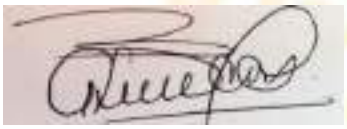
Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

LINEA ONDULADA

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada a la inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

DX: TRASTORNO ESPECIFICO DEL APRENDIZAJE
IMOC CON HEMIPARECIA ESPASTICA
RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO
F8181 CON DIFICULTAD EN LA EXPRESION ESCRITA
F81.2 CON DIFICULTAD EN LAS MATEMATICAS

Los hallazgos en conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil por debajo de lo esperado para su edad, en la mayoría de dominios evaluados como son funciones atencionales, habilidades viso construccionales, memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y en funciones ejecutivas como conceptualización, fluidez verbal, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas. Sin embargo, es importante resaltar que se presentan fallas principalmente a nivel atencional complejo y en la velocidad de procesamiento de la información de igual manera es concluyente la evidencia del TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION TDA. Cumpliendo criterios A1 a,b,c,d,f,g,h,i. para lo cual se sugiere continuar con proceso terapéutico integral.



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: LOREN MARIANA MORENO
Edad: 17 AÑOS
Escolaridad: CUARTO GRADO
Identificación 1033124362

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente quien asiste en compañía de su madre manifiestan requerir valoración por neuropsicología q u e quien refiere que la niña no mantiene un ritmo lento de aprendizaje, y que olvida con facilidad lo que lee transcurso de su vida ha tenido varios problemas en relación a su aprendizaje, adquisición de procesos a nivel pedagógico, tales como lectura, escritura, matemáticas y otros. De igual manera manifiesta que se distrae con facilidad lo que dificulta el buen desarrollo de las actividades en el colegio.

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES
Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, durante las sesiones de evaluación estuvo disperso, colaborador, se realizó varias actividades como ambientación para la aplicación de los estímulos propios de esta evaluación.
Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA
Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro derecho. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NIT.901196411

NEUROPSICOLOGIA

Escala WISCV de inteligencia niños y evaluación neuropsicológica en ítems de atención, percepción, memoria, lenguaje, conducta y otros.

	INDICE ESPERADO	Puntuación compuesta	Rango
ICV =Comprensión verbal	80-120	78	LIMITE
IRP=Razonamiento perceptual	80-120	76	LIMITE
IMT=Memoria de trabajo	80-120	75	LIMITE
IVP=Velocidad de procesamiento	80-120	70	LIMITE
CIT=Escala total	**80-120**	**75**	**LIMITE**

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas socialesy sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

NIT.901196411

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente visiblemente ansiosa y preocupada por la prueba lo que genera que no mantenga la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limitea corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual
Praxias
Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales
Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas
Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

Lenguaje espontáneo, con algunas dificultades articulatorias, pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora.

Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades encapacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

NIT.901196411

CONCLUSION

DX: TRASTORNO ESPECIFICO DEL APRENDIZAJE
DEFICIT DE ATENCION (TDA)
F81.0 CON DIFICULTADES EN LA LECTURA
F8181 CON DIFICULTAD EN LA EXPRESION ESCRITA
F81.2 CON DIFICULTAD EN LAS MATEMATICAS

Los hallazgos de la evaluación neuropsicológica muestran en primer lugar en conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil por debajo de lo esperado para su edad, en la mayoría de dominios evaluados como son funciones atencionales, habilidades viso construccionales, memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y en funciones ejecutivas como conceptualización, fluidez verbal, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas. Sin embargo, es importante resaltar que se presentan fallas principalmente a nivel atencional complejo y en la velocidad de procesamiento de la información de igual manera es concluyente la evidencia del TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION TDA. Cumpliendo criterios A1 a,b,c,d,f,g,h,i. para lo cual se sugiere continuar conprocesoterapéuticointegral.



Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

NIT.901196411

INFORME DE VALORACION TERAPEUTICA INTEGRAL

Nombre: **SAIDY LUCIANA OCAMPO**
Identificación 1099214159
Edad: 10 AÑOS
Fecha de nacimiento: 9 de abril de 2014
I.E. INSCOMERCIO
Informante: (madre de familia)

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente femenina de 10 años quien asiste en compañía de su madre manifiesta requerir valoración por neuropsicología familia extensa, la mamá manifiesta que siempre ha tenido dificultades en el aprendizaje y que requiere prueba neuropsicológica para que en el colegio le entiendan los procesos de dificultad de la niña

OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES
Se encuentra paciente con adecuada presentación personal, atenta colaboradora
Se realiza valoración por **TERAPIA FISICA, NEUROPSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

TERAPIA FISICA
Puntaje Batería Psicomotora (BPM) de Vitor Da Fonseca: (24) Perfil Psicomotor Bueno

Se dan las siguientes conclusiones para cada unidad de la batería:

1. **Tonicidad-equilibrio:** presenta buena flexibilidad en MMSS-MMII, no se evidencian resistencias, contracturas, ni rigidez, permite realizar movilizaciones pasivas de manera adecuada. En cuanto a las tareas propuestas para equilibrio estático, se realizaron con ojos cerrados presentando leves ajustes posturales en su ejecución, para la valoración de equilibrio dinámico se evidencian ligeros reequilibrios y oscilaciones compensatorias
2. **Lateralidad-noción del cuerpo- estructuración espacio-temporal:** realiza actividades de lanzamiento y pateo con miembro derecho. Presenta ligeras confusiones en el reconocimiento de izquierda-derecha sobre puntos táctiles en el cuerpo. Se evidencia mayor dificultad en procesos de organización y estructuración rítmica ya que presenta ligeras señales de confusión espacial y dificultad para ejecutar patrones rítmicos presentados alterando el orden y demostrando dificultades de integración rítmica.
3. **Praxia global- praxia fina:** se evidencia un adecuado planeamiento motor para la ejecución de las actividades.

NEUROPSICOLOGIA

Comprensión Verbal: Se evidencia un desempeño limite y bajas capacidades en razonamiento verbal, formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria, distinción entre características esenciales de las no esenciales, expresión verbal, conocimiento de palabras, fijación de conceptos, memoria a largo plazo, capacidad para demostrar información práctica, adecuados conocimientos de normas sociales y sentido común.

Organización Perceptual: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades de análisis y síntesis de estímulos visuales, formación de conceptos no verbales, percepción, baja coordinación viso motora, capacidad de distinguir figura fonda, razonamiento abstracto y categórico, e inteligencia fluida que está influenciada por factores culturales y del lenguaje

Memoria de Trabajo: Se muestra desempeño límite con dificultades en capacidades en habilidades de secuenciación, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, manipulación mental, memoria mecánica y manipulación de la información en línea.

Velocidad de Procesamiento: Se muestra un desempeño límite con dificultades en capacidades de velocidad de procesamiento de la información, en ejecución, capacidades de rastreo visual, coordinación viso motora, atención, memoria de trabajo, discriminación visual y flexibilidad cognoscitiva.

NIT.901196411

HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS

Atención
Paciente visiblemente ansiosa y preocupada por la prueba lo que genera que no mantenga la atención al inicio de la prueba. En las pruebas formales muestra dificultades en capacidad para focalizar y sostenerla atención, de igual forma con dificultades en funciones atencionales más complejas como alternar la atención. Muestra baja velocidad de procesamiento de la información, donde se muestra lentificado tanto en las pruebas específicas, como en su desempeño en general.
Memoria
En la memoria verbal se encuentra que obtiene una curva de aprendizaje medianamente productiva con un volumen de información con dificultad a corto y largo plazo, pero con beneficio de las claves semánticas lo que hace finalmente recobro la información. Lo que indica que para el recobro de la información ligada a una historia muestra desempeño limite a corto y largo plazo lo que evidencia que la niña requiere tiempo para que lea y escriba en el mismo instante de lo contrario muestra dificultad en el registro, codificación, almacenamiento y recobro de la información. Mejora en el recobro información con imágenes de figuras. Lo que indica que su aprendizaje es visual
Praxias
Se muestran desempeños límite para la copia de figuras complejas, se le dificulta la planeación estructuración y organización de los elementos. Es importante resaltar que en la aplicación de la prueba su atención se dispersaba por elementos externos.
Habilidades perceptuales
Respecto a las funciones evaluadas se evidencian en general capacidades adecuadas referidas a identificación de figuras superpuestas, reconocimiento de expresiones, cierre e integración visual.
Funciones Ejecutivas
Se muestran capacidades límite relacionadas a habilidades en conceptualización verbal y pensamiento asociativo, en la inhibición de respuestas verbales, para descubrir y seguir patrones de razonamiento abstracto, y en la fluidez verbal o búsqueda activa de información fonológica y semántica. Con dificultades en conciencia de sus errores.

FONOAUDIOLOGIA PRUEBA PAF PRUEBA DE ARTICULACION DE FONEMAS

Lenguaje espontáneo, con algunas dificultades articulatorias, pragmáticamente correcto. La capacidad de repetición se encuentra conservada a diferentes niveles de dificultad. La expresión del lenguaje muestra adecuado desempeños referida a denominación por confrontación visual, con buena coherencia narrativa al leer imágenes, sin embargo en lectura en voz baja y alta si no hay coherencia frente a preguntas de comprensión lectora.

Respecto a la comprensión de instrucciones es capaz de seguirlas y dar cuenta de lo escuchado. Presenta dificultades encapacidades metalingüísticas o de conciencia de la estructura del discurso, lo que dificulta un adecuado proceso de la lectura y escritura.

NIT.901196411

CONCLUSION

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

PUNTAJE DE DESARROLLO

LAMINAS	RASGO DEL GRAFICO	Puntaje	IND. LC
FIGURA A	1a Distorsión de la forma	0	**Todas las edades
FIGURA A	1b.Desproporción	0	* 8 años y más
FIGURA A	2. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA A	3. Integración	1	* 7 años y más
FIGURA 1	4. Circulos por puntos (las rayas no se califican)	1	* Todas las edades
FIGURA 1	5. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 1	6. Persaveración	0	* 8 años y más
FIGURA 2	7. Rotación	0	* 9 años y más
FIGURA 2	8. Fila agregada, omitida, 4 en la mayoria.	0	**7años y más
FIGURA 2	9. Perseveración (14 o más)	0	**8 años y más
FIGURA 3	10. Cículos por puntos(5 o +)	1	* 7 años y más
FIGURA 3	11. Rotación.	0	* 8 años y más
FIGURA 3	12. Forma perdida.	0	* 6 años y más
FIGURA 3	12.b Lineas por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 4	13. Rotación	0	**Todas las edades
FIGURA 4	14. Integración (3mm de separación)	0	* Todas las edades
FIGURA 5	15. Circulos por puntos (5 o +)	1	* 9 años y más
FIGURA 5	16. Rotación.	0	* Todas las edades
FIGURA 5	17. Forma perdida.	0	No diferencia
FIGURA 5	17.b linea por puntos.	0	**Todas las edades
FIGURA 6	18.a Ángulos por curvas(3 o +)	0	* Todas las edades
FIGURA 6	18.b Linea recta por curvas	0	**Todas las edades
FIGURA 6	19. Integración	0	* Todas las edades
FIGURA 6	20. Perseveración (6 o +)	0	**8 años y más
FIGURA 7	21.a Desproporción (Una a doble tamaño)	1	* 8 años y más
FIGURA 7	21.b Ángulos incorrectos	0	* Todas las edades
FIGURA 7	22. Rotación	0	* 7 años y más
FIGURA 7	23. Integración	0	* 7 años y más
FIGURA 8	24. Ángulos incorrectos	0	* 7 años y más
FIGURA 8	25. Rotoación.	0	**7años y más

RESUMEN Y RASGOS EMOCIONALES DEL TEST DE BENDER

ORDEN CONFUSO

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

TAMAÑO GRANDE

Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting-out. (forma de descargar los impulsos hacia fuera).

TAMAÑO PEQUEÑO

Implicaciones: El tamaño pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

TRABAJO EXCESIVO, LINEA REFORZADA

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se dafrecuentemente en los niños de conducta acting-out.

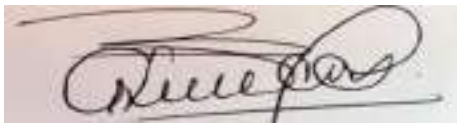
SEGUNDO INTENTO

Implicaciones: Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la Fig. 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de entificación masculina puede reaccionar a la Fig.6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

DX: TRASTORNO ESPECIFICO DEL APRENDIZAJE
DEFICIT DE ATENCION (TDA)
F81.0 CON DIFICULTADES EN LA LECTURA
F8181 CON DIFICULTAD EN LA EXPRESION ESCRITA

Los hallazgos de la evaluación neuropsicológica muestran en primer lugar en conjunción con las áreas y pruebas neuropsicológicas evaluadas y aplicadas se puede ver un perfil por debajo de lo esperado para su edad, en la mayoría de dominios evaluados como son funciones atencionales, habilidades viso construccionales, memoria anterógrada o capacidad para realizar nuevos aprendizajes, habilidades perceptuales, y en funciones ejecutivas como conceptualización, fluidez verbal, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas. Sin embargo, es importante resaltar que se presentan fallas principalmente a nivel atencional complejo y en la velocidad de procesamiento de la información de igual manera es concluyente la evidencia del TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION TDA. Cumpliendo criterios A1 a,b,c,d,f,g,h,i. para lo cual se sugiere continuar con proceso terapéutico integral. Se sugiere a la

institución educativa realizar plan individual de ajustes razonables (PIAR) Decreto 1421 2017



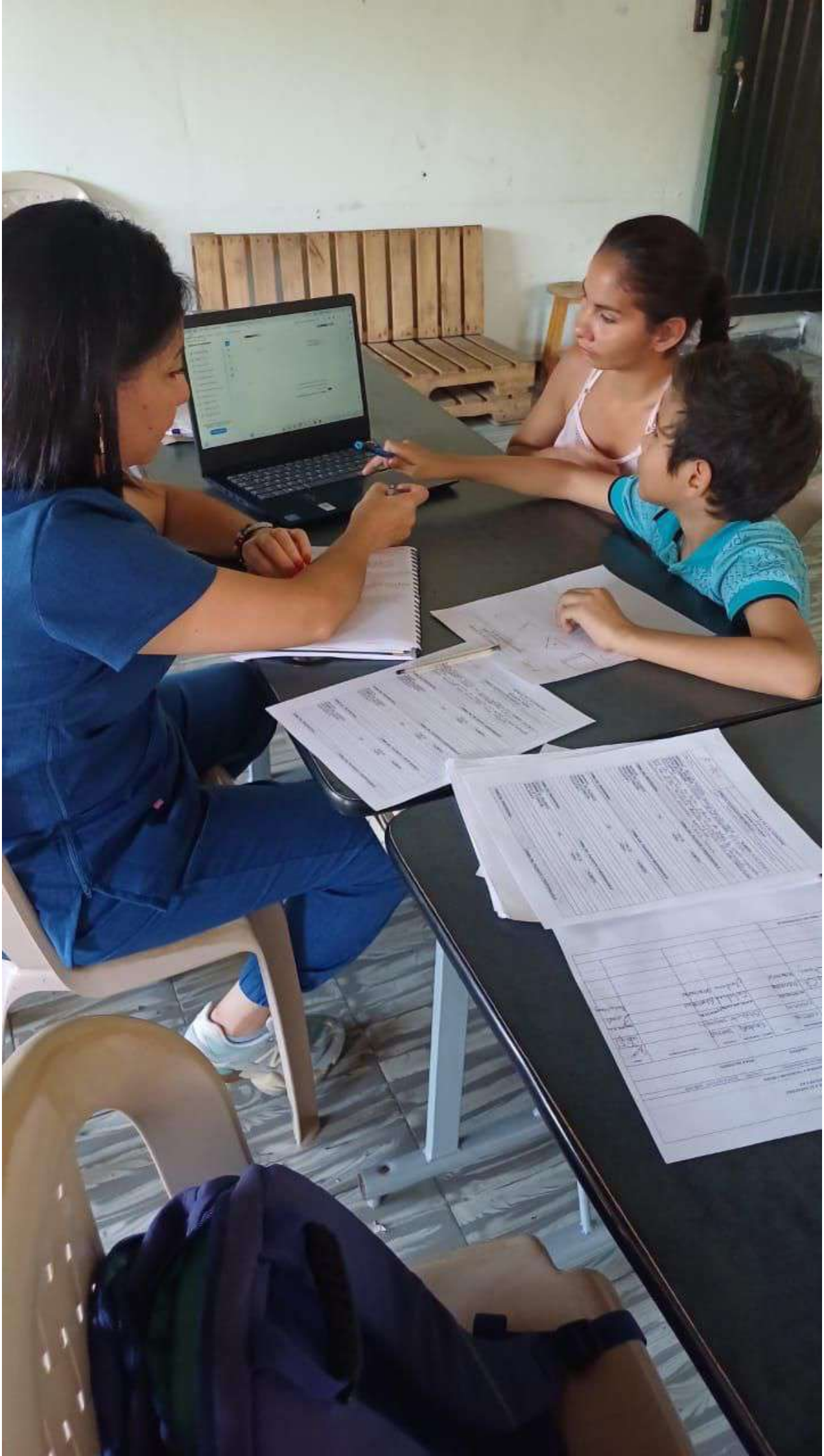
Aura Lucía Coca Chinome Magíster en Neuropsicología Universidad Internacional de la Rioja
R.U 15596
SE REALIZA FIMA ELECTRONICA, HISTORIA CLINICA A RESGUARDO DE LA IPS

REGISTRO FOTOGRÁFICO

ALCALDÍA MUNICIPIO DE BARBOSA

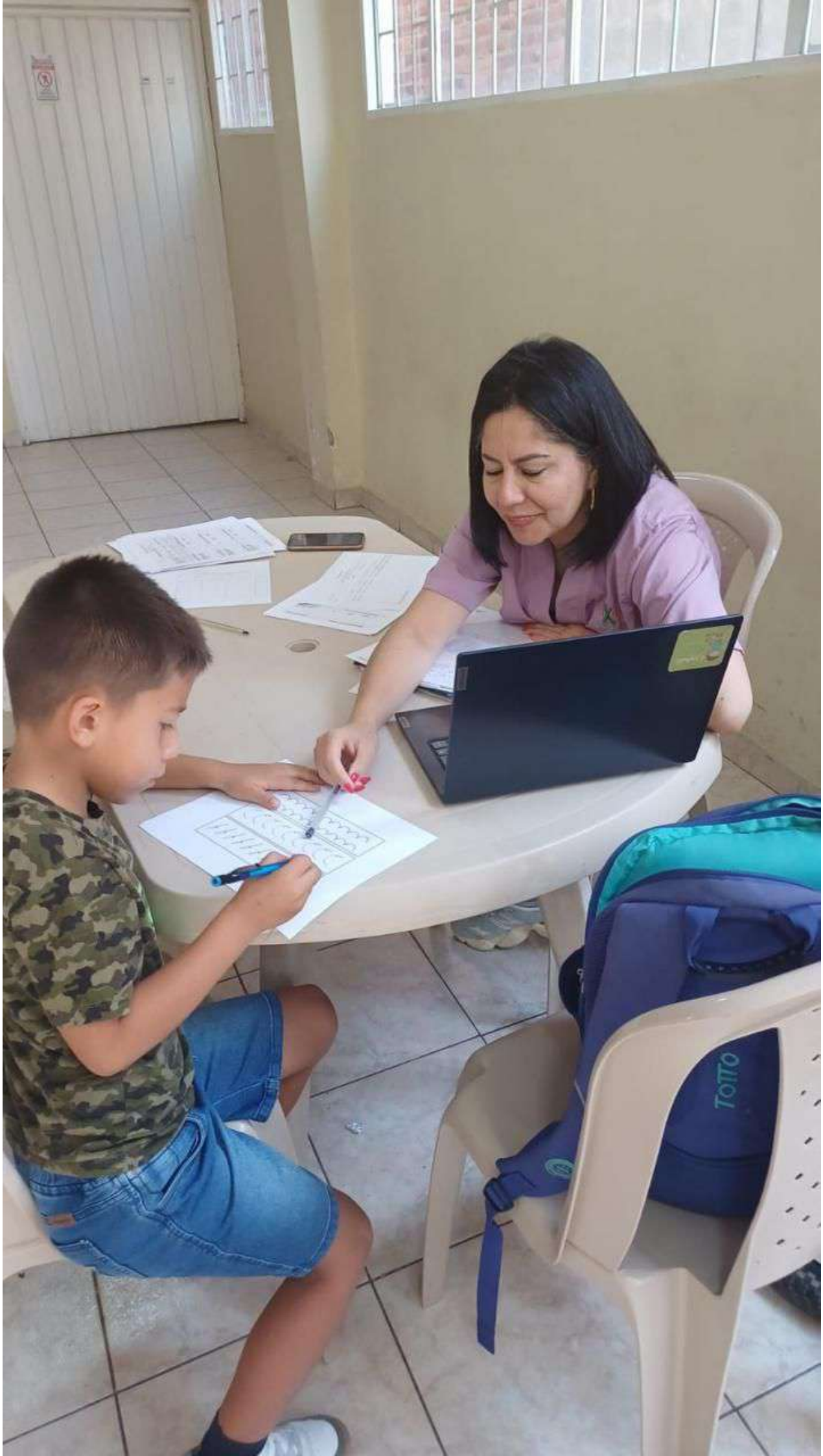
INFORME DE ACTIVIDADES

Proceso de Mínima Cuantía, propuesta presentada al municipio de BARBOSA SANTANDER, para la INVITACIÓN PÚBLICA No. BSA-MC-18-2024.






BOMBEROS
COLOMBIA


TOTTO

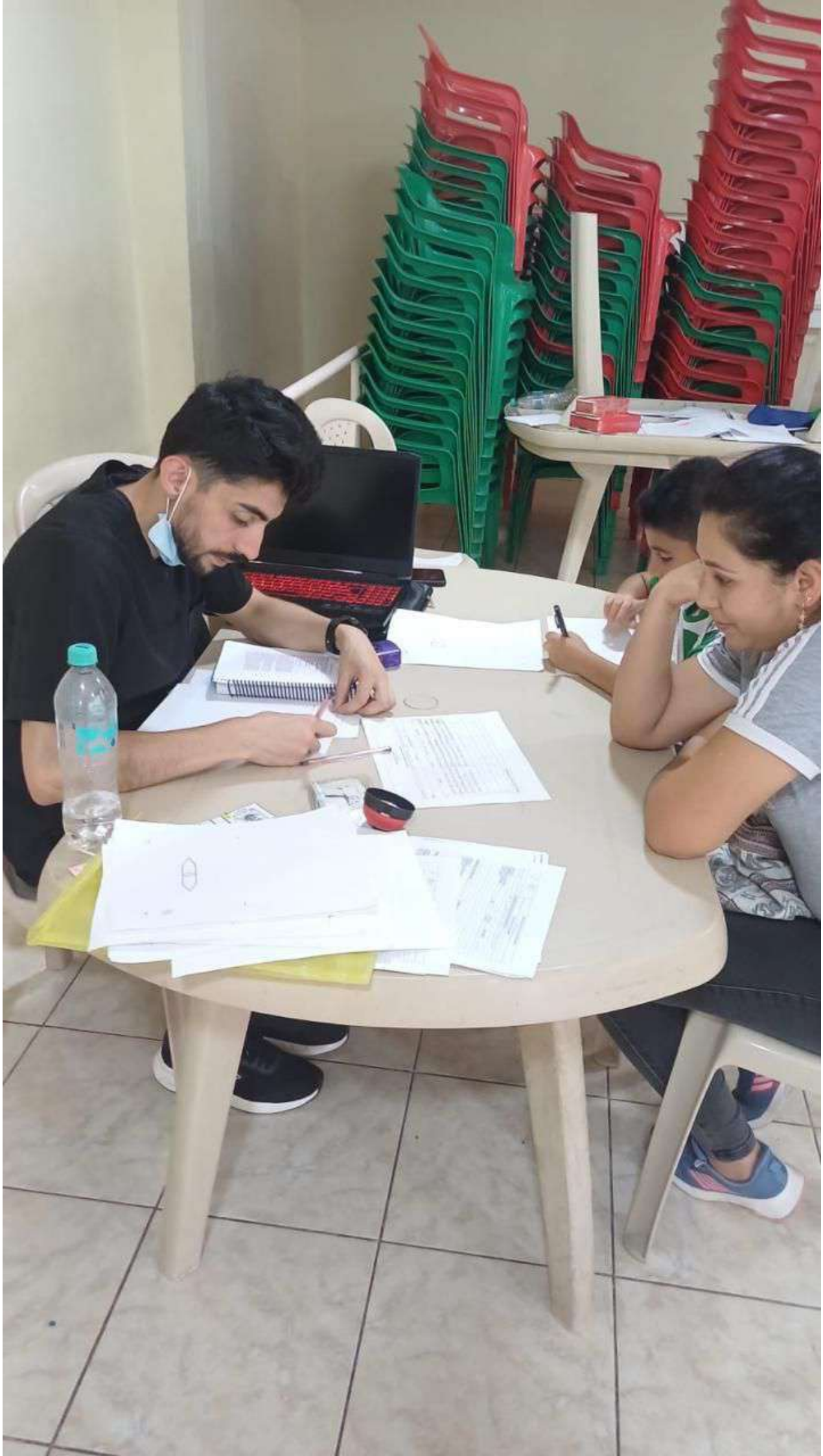














REGISTRO FOTOGRÁFICO CAPACITACIONES

ALCALDÍA MUNICIPIO DE BARBOSA

INFORME DE ACTIVIDADES

Proceso de Mínima Cuantía, propuesta presentada al municipio de BARBOSA SANTANDER, para la INVITACIÓN PÚBLICA No. BSA-MC-18-2024.



















REGISTRO FOTOGRÁFICO SALIDA A BARES

ALCALDÍA MUNICIPIO DE BARBOSA

INFORME DE ACTIVIDADES

Proceso de Mínima Cuantía, propuesta presentada al municipio de BARBOSA SANTANDER, para la INVITACIÓN PÚBLICA No. BSA-MC-18-2024.




Chavela




bar bq


POLICÍA
POLICÍA



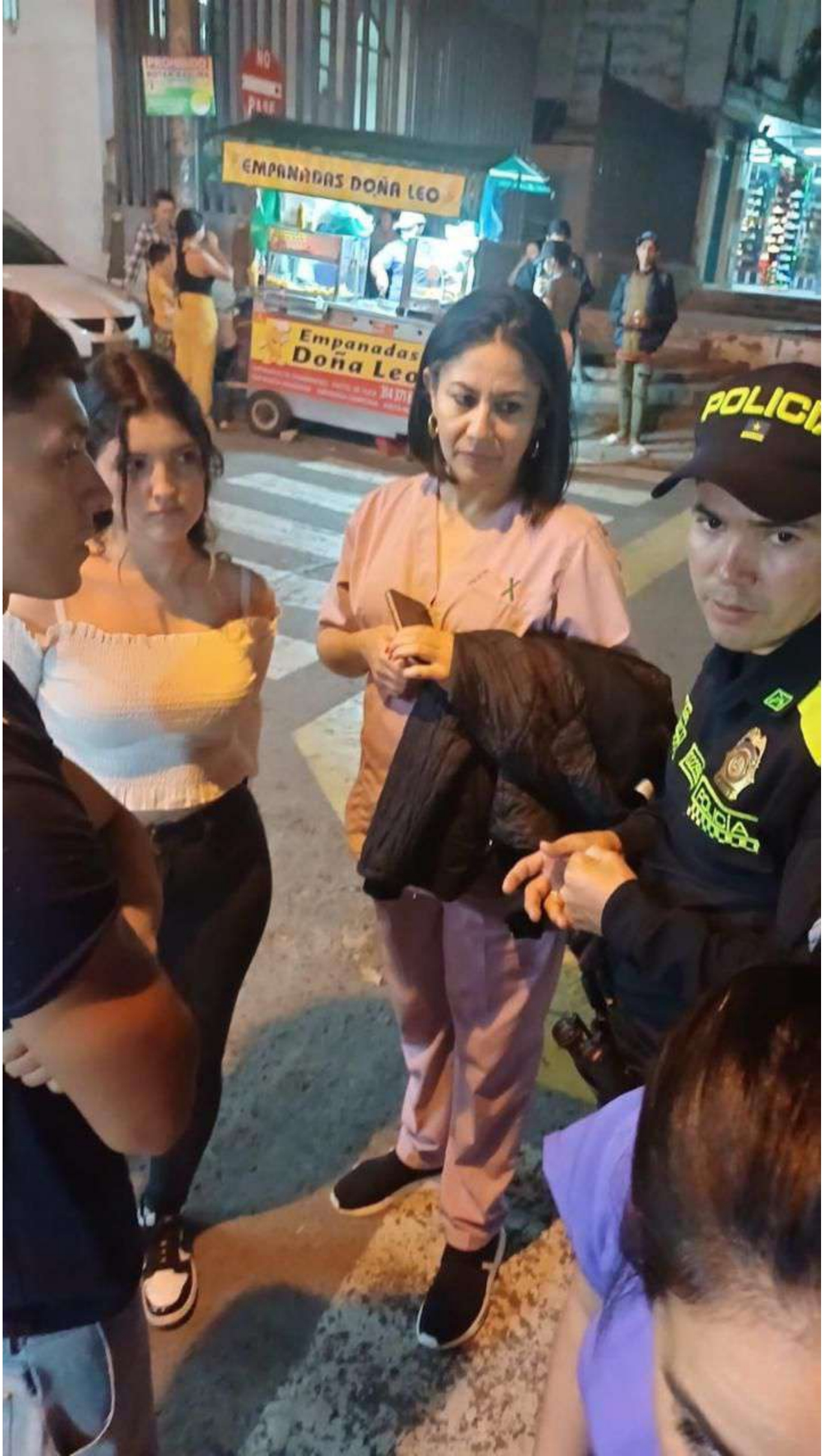

POLICIA
POLICIA


POLICÍA








EMPANADAS DOÑA LEO
Empanadas
Doña Leo
POLICIA
POLICIA



DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Clinica			
NOMBRE DEL PACIENTE: Daniela Hernandez R.		TIPO ID: TI	NUMERO: 1090440775
FECHA DE ATENCION: 5/12/24	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1: Aplicacion de prueba neuropsicologica ingresa en buenas condiciones de salud, la mama manifiesta que ha tenido dif de AT de igual manera situaciones a nivel emocional que no le permite estar estable en cuanto a [illegible] niveles de AT. Se diligencia formato 16 Folios			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

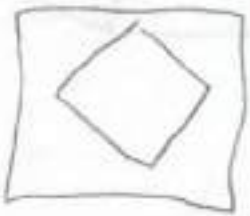
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

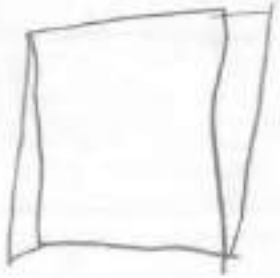
Sixculo

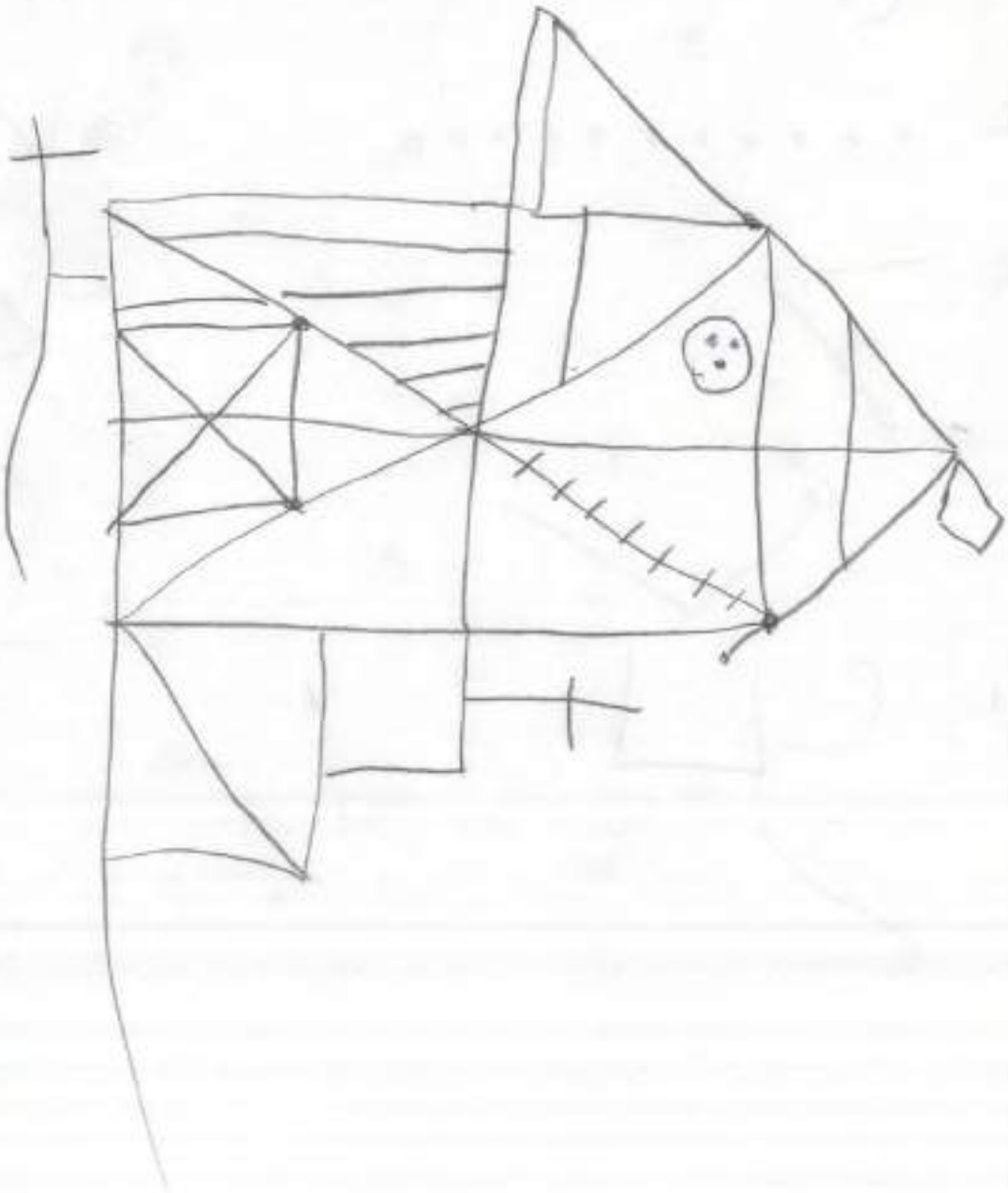
cuo bxodo











Correa Fernandez Hernandez Rojas

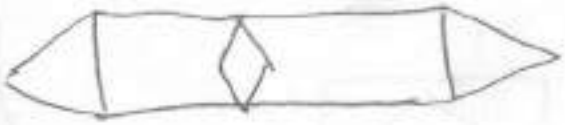
1. 

2. 

3. 

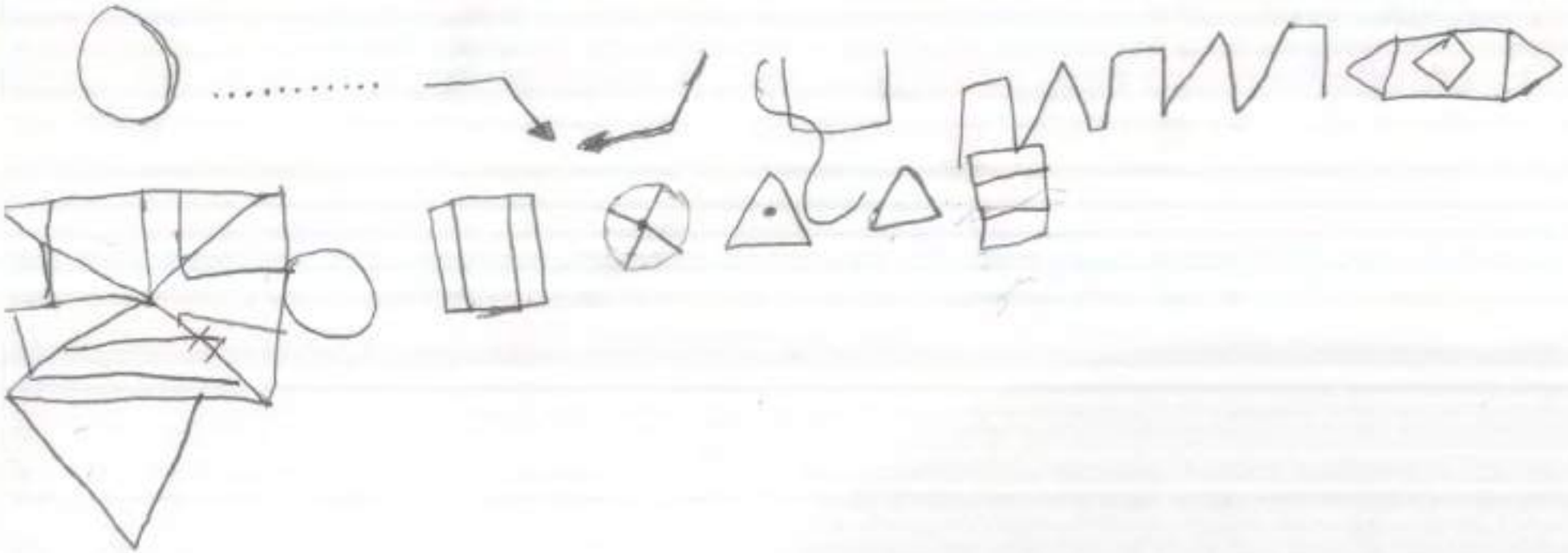
4. 

5. 

6. 

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Aplicada			
NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Esperanza Saenz Nieto		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099211462
FECHA DE ATENCION: 05/12/24	DX:	HORA:	
EVOLUCION 9:			
Asiste paciente a valoración de neuropsicologia criterios de ENL, manifestando dificultades a nivel de Aprendizaje continua proceso terapeutico integral Atención afra y orientacion en procesos de #1.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Rocio Milena Viejo FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



ANA Esperanza

Ana Esperanza

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Aitan Camila Benitez Aguilar Neuropsicologia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Neuropsicologia Infantil		TIPO ID: CTI	NUMERO: 1099206900
FECHA DE ATENCION: 5/12/24	DX: DA	HORA: 9:00 am	
EVOLUCION 1: Asiste Familia, se abordan aspectos de la dinámica y se orienta Evaluacion Neuropsicologica ingresa paciente en compañia de su tia quien indica que ha tenido dificultades a nivel atencional, de igual manera la tia resalta las dificultades de Ai asociados a depresion.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Rocio Aguilar M. FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

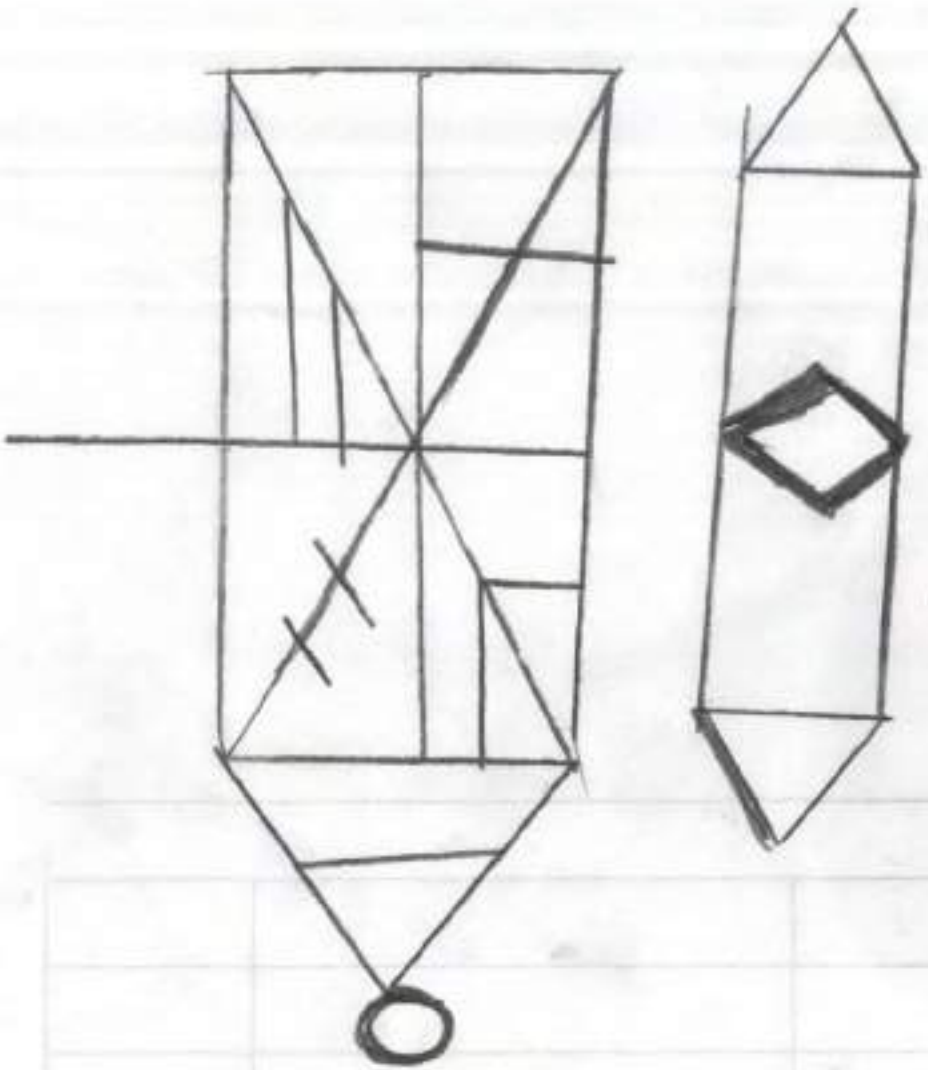
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

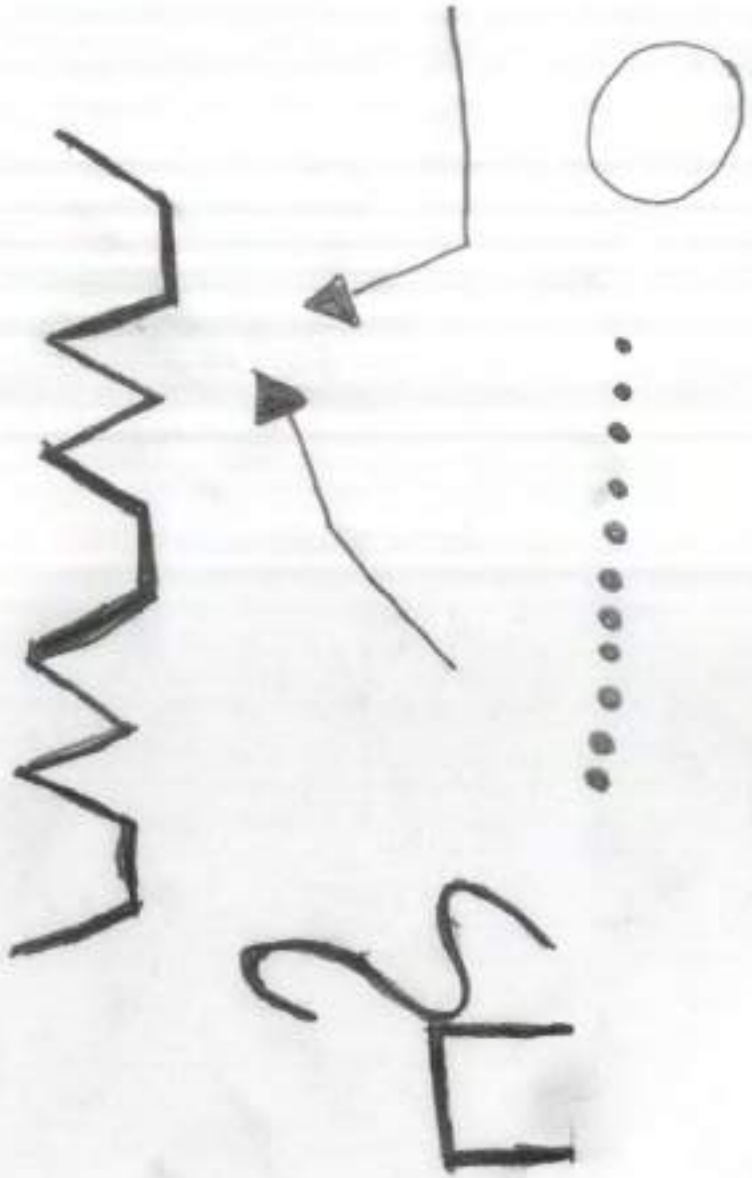
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

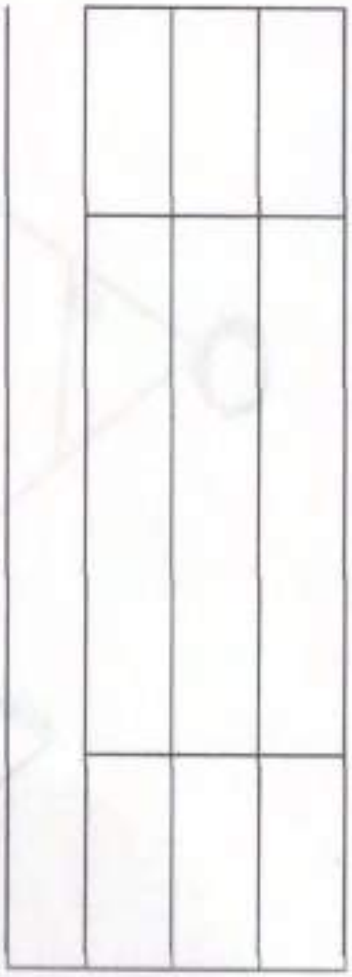
DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

AILYN CAMILA BENITEZ AGUILAR







	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Felipe Pardo Mosquera		TIPO ID: TI	NUMERO: 1028893071
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1: Asiste paciente a servicio de neuropsicología se aplica Prueba neuro para determina TDAH. Trastorno del deficit de atencion con hyperactividad la madre manifiesta que el niño ha estado muy inquieto y voluntarioso, y que su comportamiento siempre ha sido con mucha dif. lo que impide el buen comportamiento a nivel escolar y familiar			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Enilce Pardo Mosquera	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

El Pastel asustado

una mañana preparaba mucho
Pasteles para sus hijos un dia
Pre Pastel con tanto amor que al
sacarlo del horno a
todos se les hizo agua la boca







Andres hiperactividad.

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Alisson delMar Angulo Amado		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099206930
FECHA DE ATENCION: 5/12/24	DX: depresion	HORA:	
EVOLUCION 1: Ingresa Paciente en compañia de su mamá quien indica posible depresion en su hija, quien no controla impulsos y tiene baja tolerancia a la frustracion se hace valoracion y revision DSMV evidenciando tricotilomania. Asiste Familia y se orienta sobre factores protectores y factores de riesgo para mitigarlos			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Alisson Angulo	
SERVICIO: Alisson del mar Angulo Amado			
NOMBRE DEL PACIENTE: Neuropsicologia		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099206930
FECHA DE ATENCION: 9/12/2024	DX: P.Depen	HORA: 2:30 pm.	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Alisson Angulo	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Alisson Angulo	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: H-M-01	Versión: 1 / Fecha Aprobación: 01/05/2021 / Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Hair Stiven Rodriguez M.		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 9: Atencion Familiar, realizando exploracion por cada una de las áreas Hacienda con antecedente de hidrocefalia quien manifiesta que en su proceso escolar presenta muchas dificultades a nivel de aprendizaje, no controla esfinteres, camina con dificultad continuo luego de aplicacion de prueba Neuropsicologica con Proceso de rehabilitacion integral no controla esfinteres.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Maricela Molina Garcia	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO: Neuropsicologia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Daryckson Joel Sanchez		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099214316
FECHA DE ATENCION: 05/12/2024	DX: F06.9	HORA: 5:51	
EVOLUCION 11: Nacido a valoracion por neuropsicologia se evidencia dificultades a nivel emocional, evidenciando de igual manera requerir servicio de psicologia y servicio de igual manera psicologia para su abuelita quien es su cuidadora, mamita privada de la libertad.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Dana Melisa Gonzalez Sanabria		TIPO ID: TI	NUMERO: 1102189692
FECHA DE ATENCION: 05/12/24	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1: Adjte paciente a valoración por neuropsicologia con diagnostico previo de deficit cognitivo CI 58 continua en proceso terapeutico integral. Asiste familia, abordando aspectos relacionados con sus interacciones. Se abordan temáticas de red de apoyo y contención emocional familiar.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		María Fernanda Alfaro Sánchez FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO: Neuropsicologia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Mariana Garcia Moreno		TIPO ID:	NUMERO: 1161210521
FECHA DE ATENCION: 05/12/2024	DX:	HORA: 6:00pm	
EVOLUCION 3: Adjte Paciente en compañia de su papá Para valoración por neuropsicologia para p evidencias dif de AZ se aplico ENI evidenciando dif emocionales que requieren atención urgente por Psicologia.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

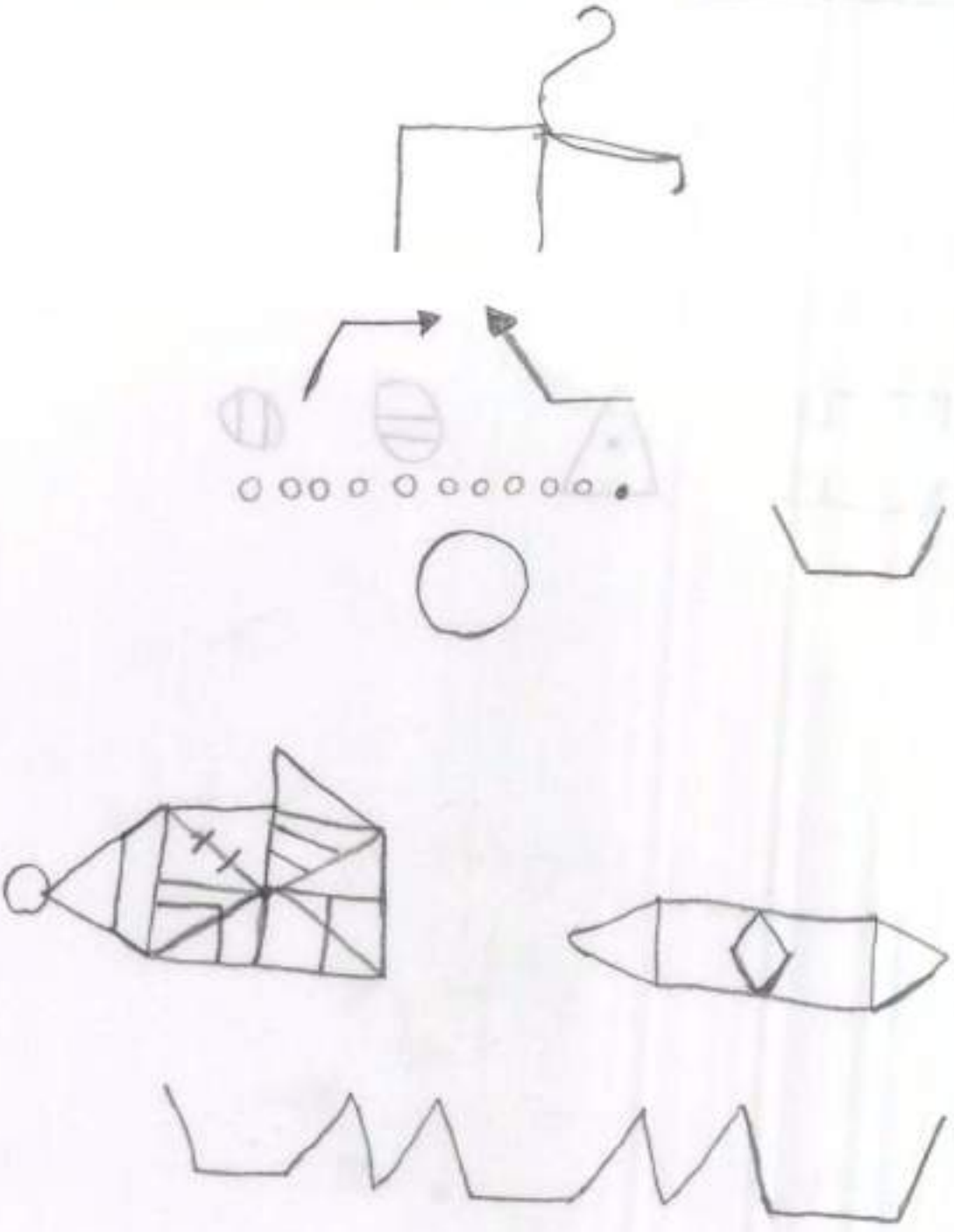
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

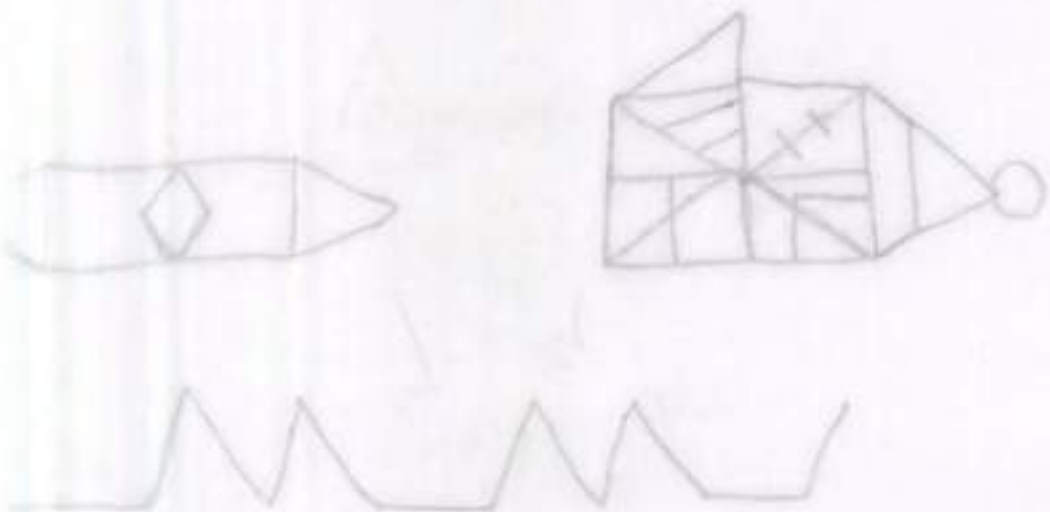
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01 | Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023	

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Angie Yamileth Daza Vargas		TIPO ID: TI	NUMERO: 1101705908
FECHA DE ATENCION: 03/12/24	DX: D.a.	HORA: 5:00pm	
EVOLUCION 9: Asiste paciente acompañada con la mamá a valoración por neuropsicologia con sitiaciones emocionales que requieren apoyo, de igual manera se aplica batería ENFI evidenciando deficit cognitivo. Asiste familia quienes manifiestan que cada uno de los dimensiones, organizan con amor y confianza.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO: Neuropsicologia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Ivan Felipe Pardo Cuervo		TIPO ID: TI	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 02/12/2024	DX: Dislalia	HORA: 6:00	
EVOLUCION 10: Asiste paciente en compañia de su madre quien indica que mantiene dificultades a nivel de habla y dificultades que ha estado en evolución debido a situaciones dificiles como la muerte del Papá. madre ingresa al programa recomendado Psicologia-fono.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	







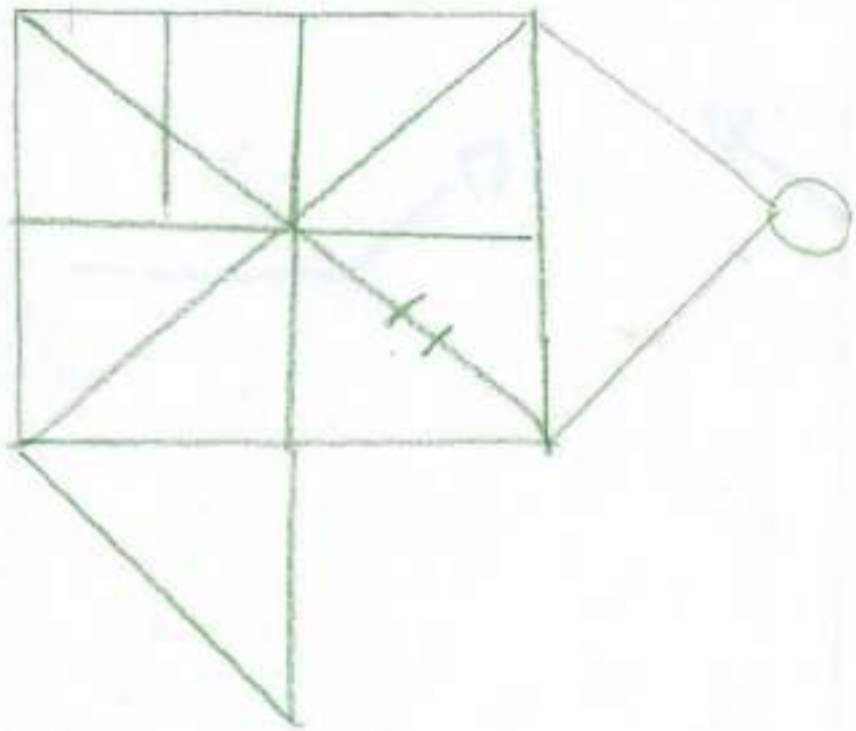
DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

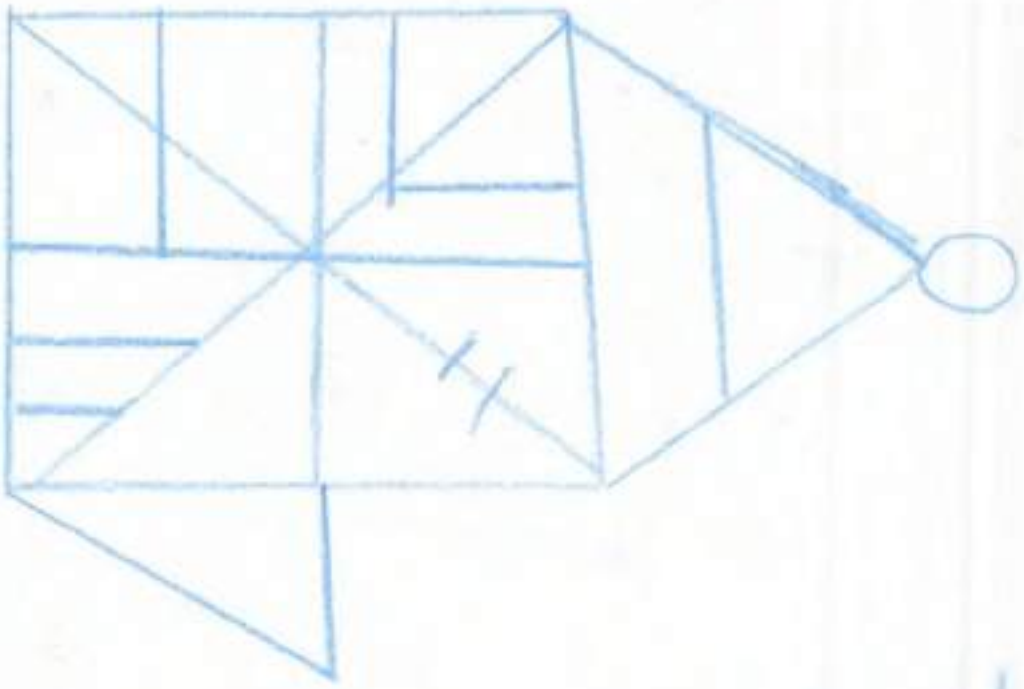
SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan David Rivera Romero		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.101.757.206
FECHA DE ATENCION: 05/12/24	DX:	HORA: 10:55	
EVOLUCION 9: Asiste Familia orientando pautas de crianza. Asiste paciente a Neuropsicología en buen estado de salud la familia manifiesta que el niño siempre ha presentado problemas de Aº inatención, se aplica Prueba Neuropsicologica Criterios ENI Atención, memoria habilidades academicas y funciones ejecutivas test visomotor de Bender			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Edad 7 AÑOS	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	





Juan David Barón

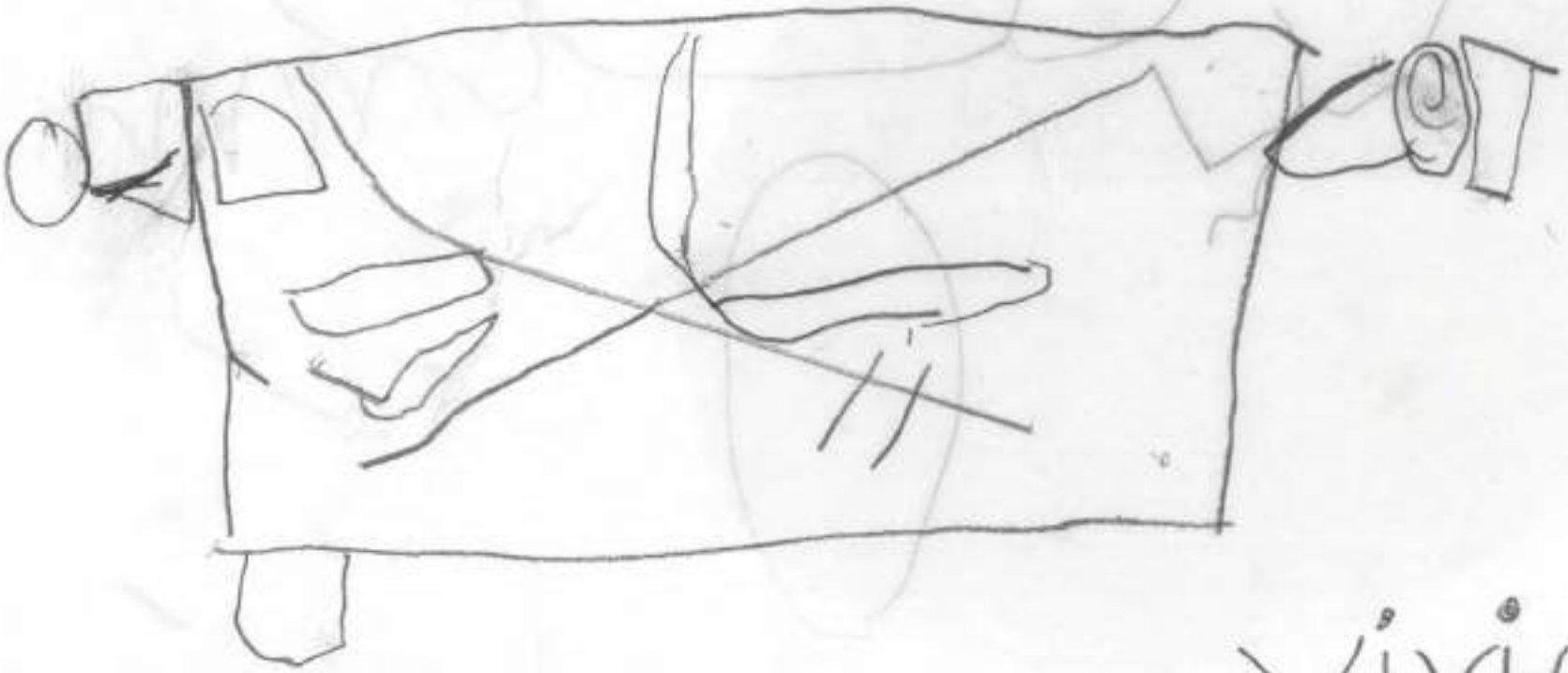


u è o à ì

aeìo

Pu Pno tro

EAOI mprLi mo ti



Vivian



	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			1073224972
NOMBRE DEL PACIENTE: Sergio Rodriguez.		**TIPO ID:** TI	**NUMERO:** 1073102424
FECHA DE ATENCION: 31/2/24	**DX:** DA.	**HORA:**	
EVOLUCION 1: Asiste Familia donde se orientan estilos parentales y de crianza. Asiste Paciente a valoracion por neuropsicologia con antecedente de diagnostico de autismo.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Rocio Aguilar M.	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

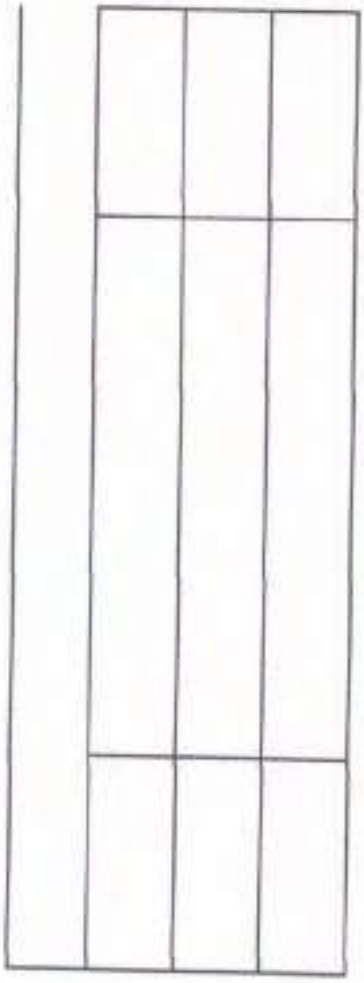
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

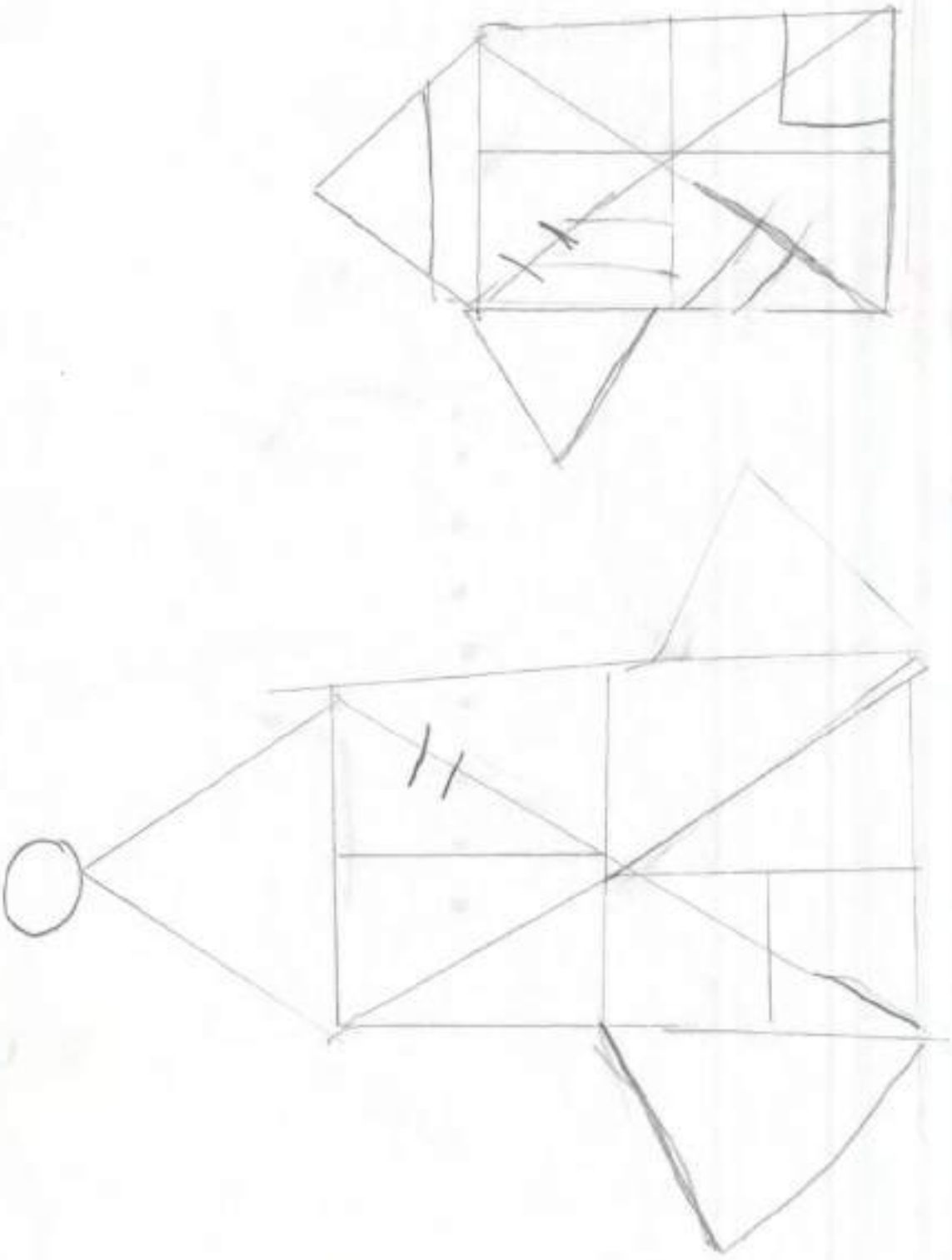


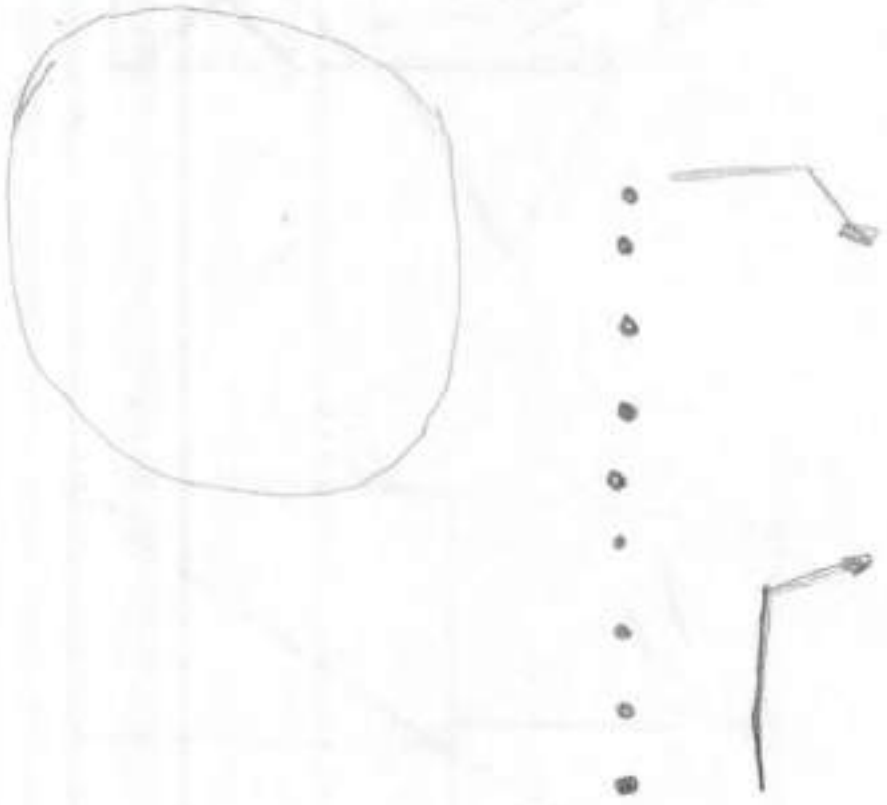


	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
DISXCAP	**GESTION DE CALIDAD**		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Jorge Sneyder Roa		**TIPO ID:** T.I	**NUMERO:** 1.096.223.107
FECHA DE ATENCION: 05/12/24	**DX:**	**HORA:** 10:55	
EVOLUCION 9: Asiste paciente a Neuropsicología en compañía de su familia Orientando Procesos de crianza, fortaleciendo Factores Protectores. Adema su madre indica que Presenta dificultades a nivel atencional memoria y dif de Ap. Se aplica EN criterios Atencion, memoria funciones ejecutivas, test visomotor de Bender			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Erika Medina Ojeda **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

Johan Sneider Roa medina



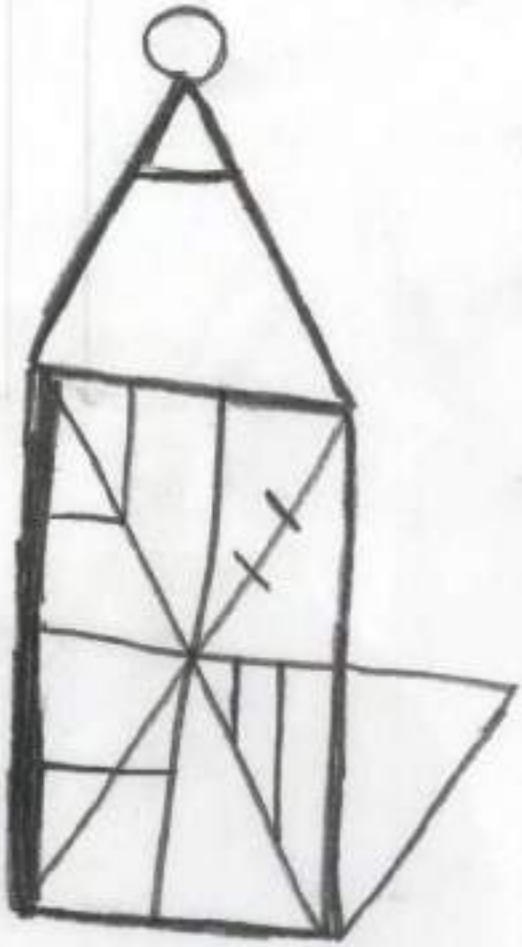


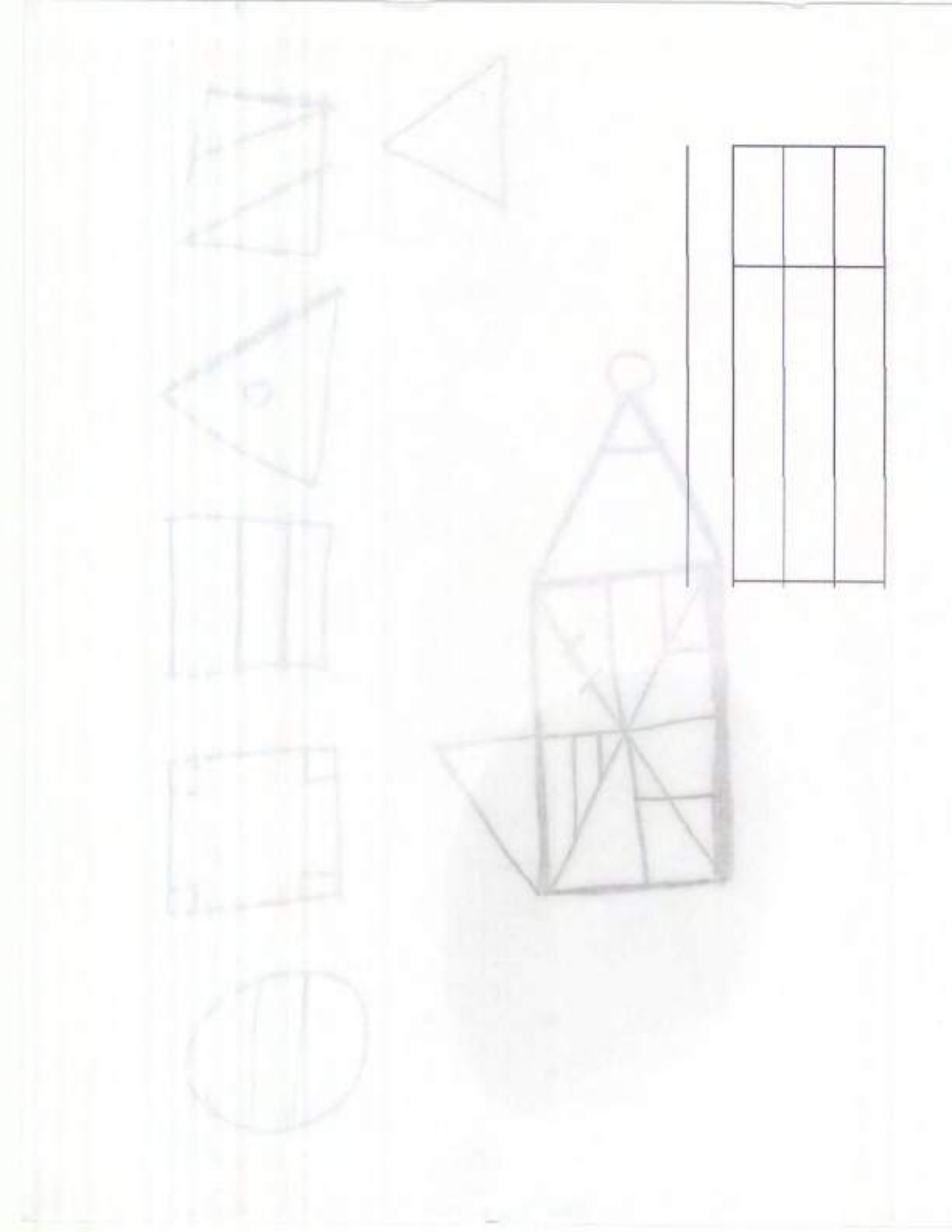
DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Estefanía Alexandra Camilo		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 8/12/24	DX: Atención D.	HORA: 10:00am	
EVOLUCION 1: Ajuste familia, orientando procesos de crianza y contención emocional Aplicación Prueba Neuropsicológica se evidencia Deficit de atencional. la mamá indica que siempre ha presentado dif. en AA se aplica criterios leni en habilidades académicas memoria atención y funciones ejecutivas test visomotor de Bender			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Rocio Aguilar M.	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: R-M01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



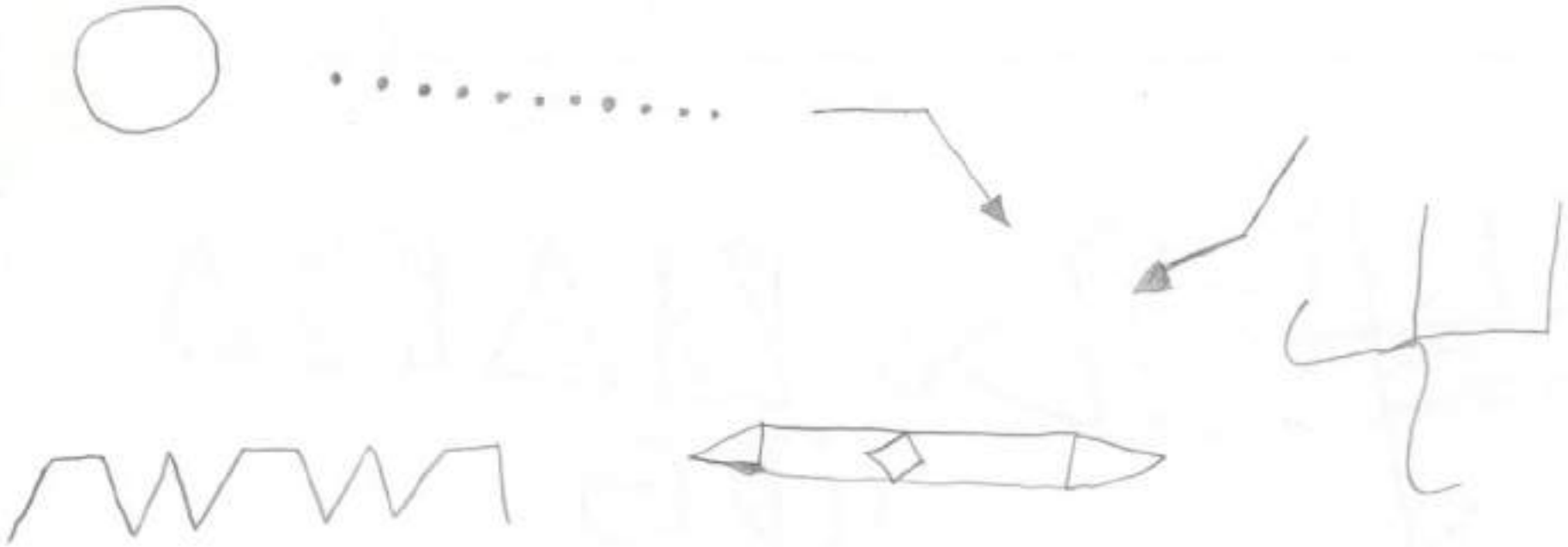


	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

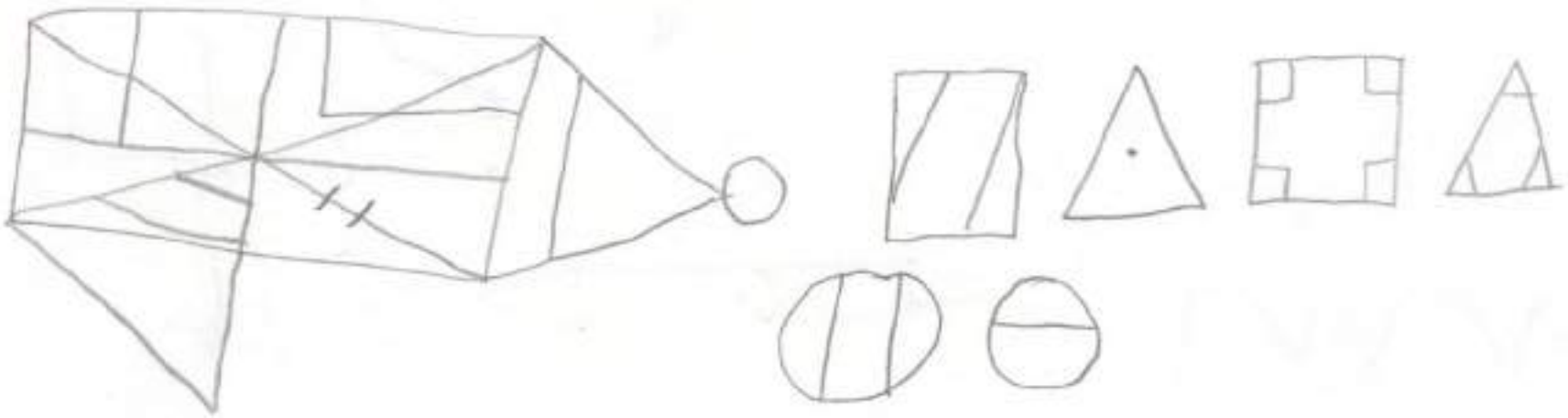
SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Isabella Arizon P.		TIPO ID: TI	NUMERO: 1097659614
FECHA DE ATENCION: 9/12/24	DX: Dif lenguaje	HORA: 8:47 am	
EVOLUCION 1: Asiste Paciente en buenas condiciones de salud indica que le va muy bien en el colegio pero que mantiene dif a nivel de lenguaje. Se aplica evaluación neuropsicologica para identificar dificultades en procesos ejecutivos. Asiste familia orientado cada uno de los procesos de la dinamica y rutas de cuidado			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	



r Maria Isabella Rincón Pinzón



DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

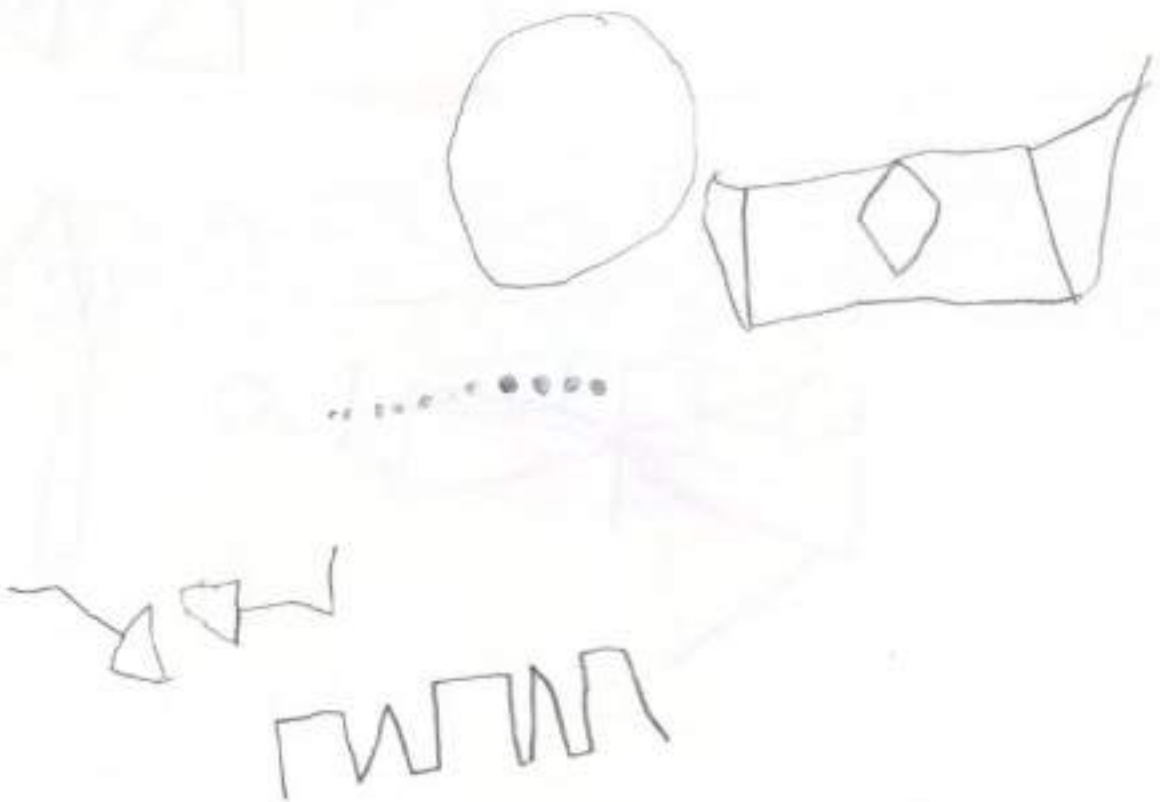
SERVICIO: Neuropsicología y Psicología familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Ramiro Valentina Sarmiento		**TIPO ID:** TI	**NUMERO:** 1099216381
FECHA DE ATENCION: 9/0 9/12/24	**DX:** RMS	**HORA:** 9:30am	
EVOLUCION 1: Acude paciente en buena condición clínica para realizar valoración por neuropsicología allega historia clínica aplicación WISC-V refiere Puntuación 69 limítrofe, con diagnostico retardo mental leve se aplica evaluación neuropsicológica. Asiste familia, orientando procesos de crianza.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

Donna Sorrento

S4



DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago de Jesus Aldana S.		TIPO ID: PPT	NUMERO: 5207396
FECHA DE ATENCION: 9/12/24	DX: TDAH.	HORA: 11:33 am	
EVOLUCION 1: Asiste Paciente en buen estado de salud para valoracion de Neuropsicologia manifiesta que tiene antecedente de TDAH indica que su comportamiento le ha dado dif en el colegio. Asiste familia, orientando procesos de estilos de crianza y necesidad de ejecución de limites e instauración de rutinas.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

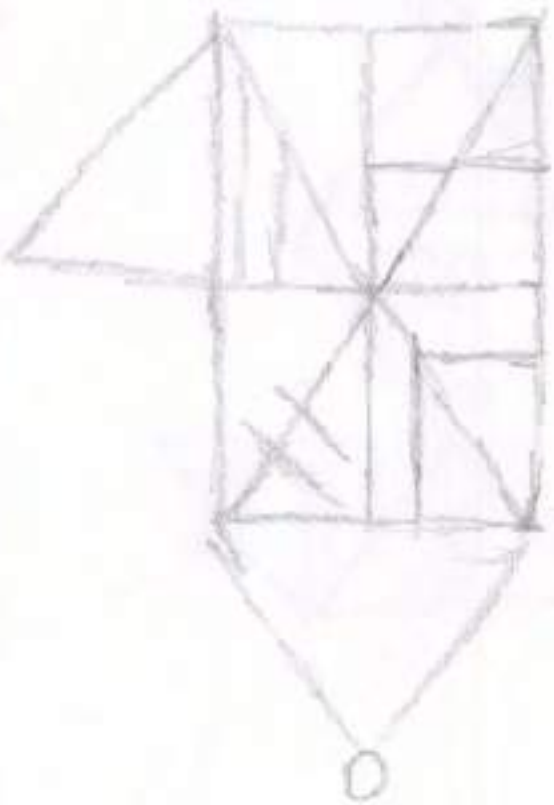
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
DISXCAP	**GESTION DE CALIDAD**		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	



Santiago de Jesús Aldana Sanchez



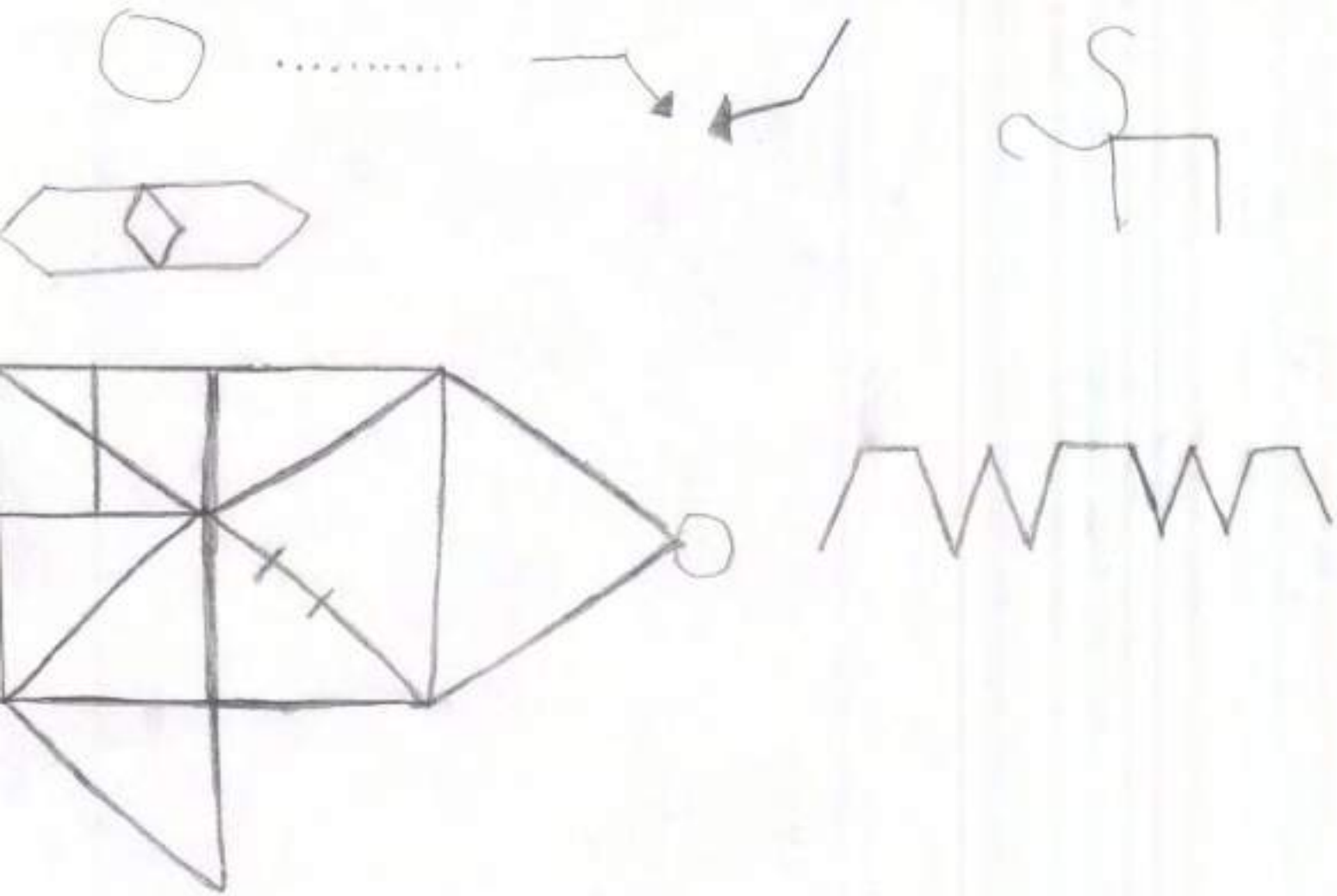
DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Alan Alejandro Sevilla Sierra		TIPO ID: TI	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 08/12/24	DX:	HORA: 11:30 a.m.	
EVOLUCION 9: Paciente asiste por valoración por Neuropsicología la mamá manifiesta que el niño siempre ha presentado dificultades en atención memoria y conductuales. se aplica criterios ENI Atención, memoria, funciones ejecutivas y habilidades academicas test visomotor Bender. Asiste Familia y se orienta			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



Asón Ali Gamba Sierra

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Heider Francisco Fonseca Pinzon Neuropsicologia y Familia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Heider Francisco Pinzon		TIPO ID: TI	NUMERO: 1150927629
FECHA DE ATENCION: 9/12/24	DX: OT largo	HORA: 2:30 Pm	
EVOLUCION 1: Asiste Familia, orientando cada uno de los procesos de Dinámica Familiar Asiste Paciente en buen estado de salud viable manifiesta la mamá que el niño tiene una cardiopatia, matiene situación emocional dificil por el diagnostico, ingresa a valoracion por neuropsicologia para evidenciar posible deficit cognitivo			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Helder Francisco Foncesa Pinzón



El pastel asustado

Una madre preparada muchos pasteles para sus hijos. Un día preparó un pastel con tanto amor que, al sacarlo del horno, a todos se les hizo agua la boca.

$$\begin{array}{r} {\scriptstyle 1\ \ \ \ } \\ 9843 \\ +\ 7812 \\ \hline 18655 \end{array} \qquad \begin{array}{r} 7348 \\ -5949 \\ \hline 2601 \end{array}$$

Helder Francisco Foncesa Pinzon

Cherid Yarid Cubides Sabino

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Cherid Yarid Cubides Sedra		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099217050
FECHA DE ATENCION: 9/12/24	DX: D49	HORA: 4:20 Pm	
EVOLUCION 1: Asiste paciente a valoración por neuropsicología indica la mamá que ha asistido a varias citas por antecedentes de trastorno de las habilidades escolares. Queda a la espera para historia clínica para evidenciar aplicación de prueba neuropsicológica. Asiste familia y se orienta sobre pautas.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

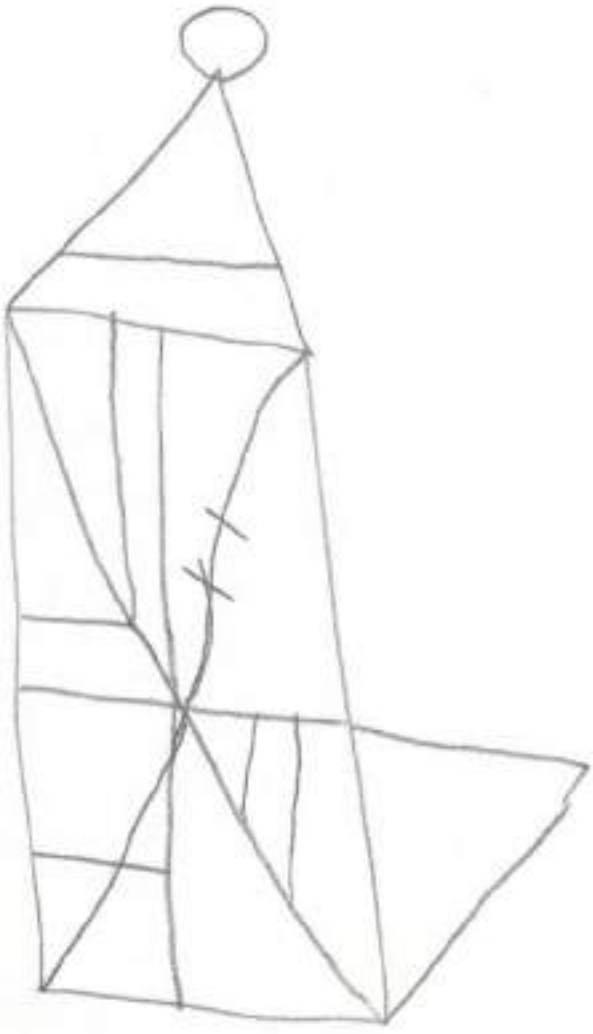
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia familiar.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel David Arias Quiroga		TIPO ID: RC	NUMERO: 1099218768
FECHA DE ATENCION: 9/12/24	DX: Adolescencia	HORA:	
EVOLUCION 1: Ingresa paciente de 9 años quien ingresa a servicio de neuropsicologia para valoracion y aplicacion de prueba, se evidencia acompañamiento por la hermana y la mama. Asiste familia y se oriento cada uno de los procesos de Pautas de crianza y establecimiento de limites normas y reglas. Maylli Quiroga H.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

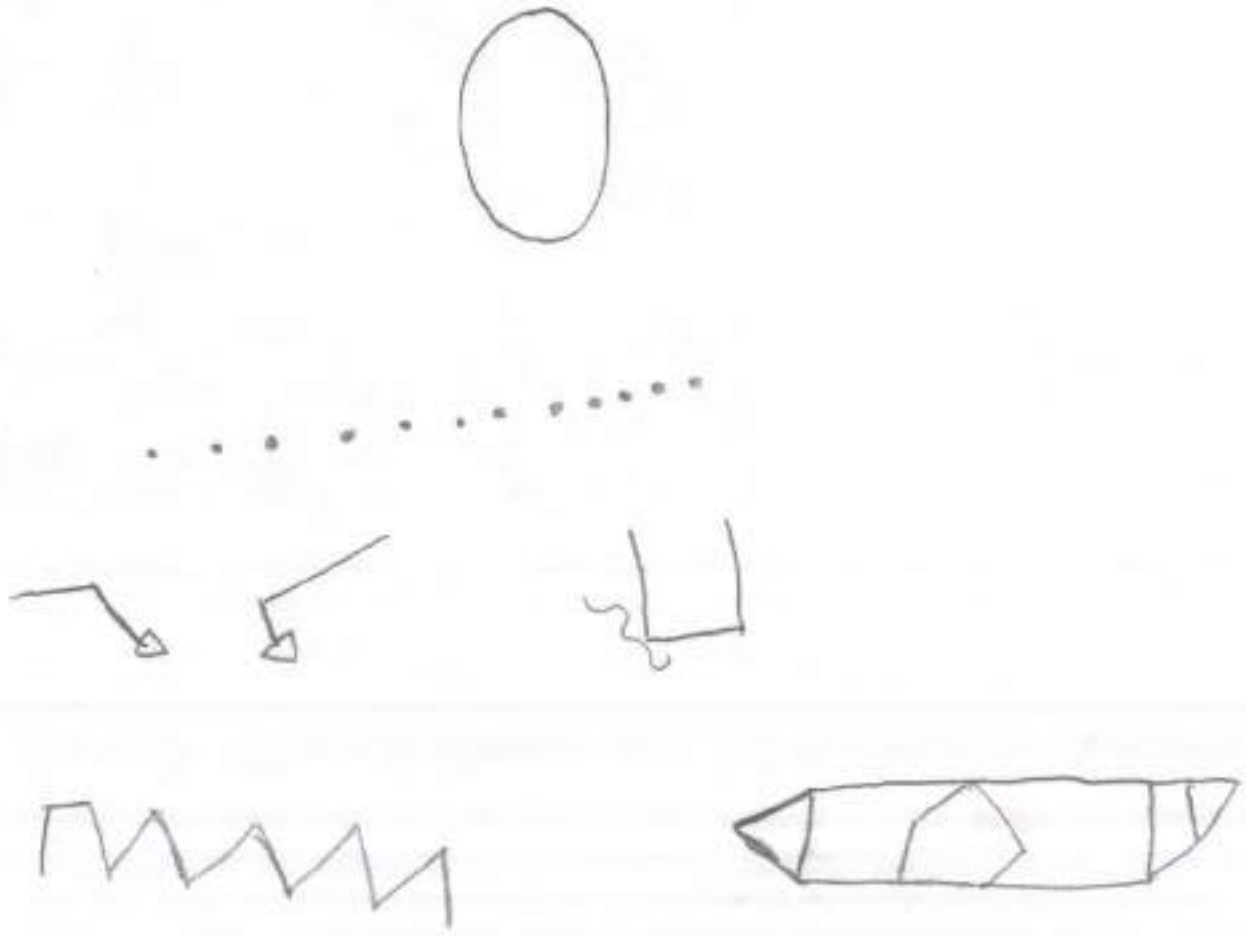
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Germán David Ariza Ariza		TIPO ID: TI	NUMERO: 1096483815
FECHA DE ATENCION: 3/12/24	DX: mio x crecimiento	HORA: 10:33	
EVOLUCION 9: Asiste paciente a valoración por neuropsicología diagnostico inicial Microcefalea a sitio en compañia de su madre, Asiste familia, se realiza exploración sobre dinámica y se brindan pautas de crianza.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

German David Ariza Ariza



cite. Trinidad

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Daisy Kaori Martinez Alvarez		TIPO ID: TI	NUMERO: 1130044203
FECHA DE ATENCION: 9/12/24	DX:	HORA: 10:59 am	
EVOLUCION 1: Acude paciente de 11 años quien indica ser remitida por comisaria para valoracion neuropsicologica. manifiesta la niña ser excelente estudiante convive con su mamá en Bogota ya que tiene muchas expectativas en relacion a su desarrollo fisico y emocional. Asiste familia, brindando herramientas en pautas de crianza para que sean ejecutadas			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Linda Katerine Alvarez Gavarito.	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: R-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y terapia Familiar.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Vivian Lizeth Cabrera		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099216017.
FECHA DE ATENCION: 05/12/24	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1: Paciente quien ingresa en compañia de su mamá a valoracion por Neuropsicologia criterios ENI Atencion memoria habilidades academicas funciones ejecutivas test(BD) Viso motor de Bender. Asiste familia orientando procesos de estilos de crianza.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Shirley Cairo FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Sandi Sneth Palomino Plata		TIPO ID: TI	NUMERO: 1130497788
FECHA DE ATENCION: 9/12/24	DX: Hidrocefalia NE	HORA: 11:56.	
EVOLUCION 1: Asiste paciente a valoracion por neuropsicologia para determinar deficit cognitivo y dificultades de comportamiento, ingresa con secuelas de hidrocefalea prematurez extrema. Asiste familia, se orientan pautas de crianza y contención emocional			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Sandra Plata FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: I-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Alessa Marines Bogarin H.		TIPO ID: PPT	NUMERO: 7784295
FECHA DE ATENCION: 9/12/24	DX: Autismo F840, F61	HORA: 3:20	
EVOLUCION 1: Asiste paciente en compañía de su mamá quien refiere dif en comportamiento con diagnostico de autismo en la niñez, no hace contacto visual, ingresa al servicio para diagnostico complementario. Asiste familia, donde se brinda orientación en el manejo y resolución de conflictos.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Johan Camilo Alarcon Niño edad 8 años			
NOMBRE DEL PACIENTE: Neuropsicologia y Familia		**TIPO ID:** TI	**NUMERO:** 1099217015
FECHA DE ATENCION: 9/12/2024	**DX:** TDAH	**HORA:** 4:12 pm	
EVOLUCION 1: Asiste paciente en buen estado de salud, inquieto, no presta atención a estimulos propuestos con antecedente de cirugia de corazón, asiste a servicio de neuropsicologia para realizar valoración y evidencias diferenciales importantes. Asiste familia y se orienta sobre procesos de su dinamica			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** LAURA NIÑO	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Mariela Martinez Garnica		TIPO ID: CC	NUMERO: 1099208949
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX:	HORA: 8:37 a.m.	
EVOLUCION 1: Paciente ingresa de tipo ajuste, donde se hace una breve exploración por las áreas: personal, familiar, social. En donde se evidencia no hay apoyo de parte del padre de los hijos. Frente a situaciones problema la mamá refiere que se refugia en sus hijos. Se le brindan factores protectores, con la idea de activar red de apoyo/ventilación emocional			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Mariela Martinez Garnica	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Forense			
NOMBRE DEL PACIENTE: Yuly Lorena Gonzalez		TIPO ID: C.C.	NUMERO: 1.093911.579
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX: Orientación	HORA: 9:10 am	

EVOLUCION 9: A Yuly ingresa a servicio de Psicología. Se realiza exploración por cada una de las dimensiones. Evidenciando que hay pesar de ser una Hija monoparental, Hasta de ser equiparable entre la autoridad y el amor. Se hablan aspectos relevantes de Reproducción sexual Aspectos relevantes de la Adolescencia de Daniela

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel Arizo Quiroga		TIPO ID: RC	NUMERO: 1099218768
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX: Violencia IF	HORA: 11:05 a.m	
EVOLUCION 9: Samuel 5 Años, familia monoparental, es el hijo menor de dos hermanos, se evidencia desestructuración en el establecimiento parentales, no hay normas y reglas. Familia disfuncional, vocabulario inadecuado, conductas desadaptativas. Se brindan herramientas para que sean implementadas. Violencia intrafamiliar			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Mayeli Quiroga Herrera.	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Miryam Rocio Ariza Hernandez		**TIPO ID:** CC	**NUMERO:** 28034565
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	**DX:**	**HORA:** 11:25 am	
EVOLUCION 1: Miryam madre de Fernán Ariza, asiste a sesión Psicológico por primera vez, refiriendo que no cuenta con el apoyo de nadie, a pesar que tiene una relación afectiva siente que le invalidan sus emociones. Asimismo, señala que en ocasiones tiende a frustrarse por la situación actual. Se le orienta acerca de establecer límites saludables para evitar el agotamiento emocional.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Miryam Rocio Ariza Hernandez		**TIPO ID:** CC	**NUMERO:** 28034565
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	**DX:**	**HORA:** 09:05 am	
EVOLUCION 2: Paciente de 45 años, ingresa en adecuadas condiciones de salud. El día de hoy se percibe con actitud diferente, se trabaja en el reajuste de metas y expectativas con el propósito de incluir un equilibrio entre la vida laboral y familiar. Miryam adecuada, comenta que estos espacios son de gran ayuda pues nunca había estado en sesión personalizada para atención de ella.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Inst Comercio.

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Heiber Francisco Fonseca		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1152437624
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX:	HORA: 03:10 PM	
EVOLUCION 5: Paciente ingresa a sesiones en buenas condiciones de salud 12 años, familia nuclear, el menor de 2 hermanos. Se evidencia familia contenedora, pautas de crianza preestablecidas, familia funcional, que se preocupan por la salud del menor. Heiber es consciente de su condición y se encuentra expectante sobre el futuro y su salud. Se abordan aspectos emocionales			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Luisa		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: María Fernanda Atamador		TIPO ID: CC	NUMERO: 1102488206
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX:	HORA: 03:37 P.M.	
EVOLUCION 1: María Fernanda asiste a sesión en buenas condiciones de salud, manifiesta que los integrantes de la familia se sienten preocupados porque para inicie su vida sexual ya que es vulnerable a su círculo social y compañeros de clase. Se habla de los factores protectores para que sean activados y de los factores de riesgo para mitigar dichas situaciones			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE - María Fernanda Atamador	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Milan Stik Gonzalez Oguin		TIPO ID: TI	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	DX: NA	HORA: 11:45.	

EVOLUCION 9:
Asiste paciente en buen estado de salud en compañia de su abuelita, manifiesta que el niño presenta dif academicas, pero que ha venido superando, se aplica prueba neuropsicologica criterios de ENI: en habilidades escolares lec, escritura, funciones ejecutivas y Bender. Asiste Familia y se orienta en pautas crianzo

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

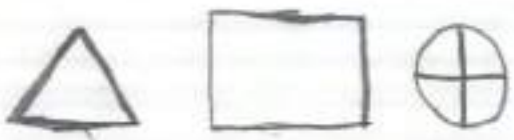
EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



Pina sandia uvas pera manzana

tener leche

cicla nina carro

Milan stick Gonzalez Holguin

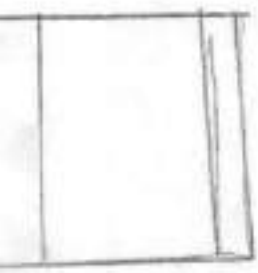
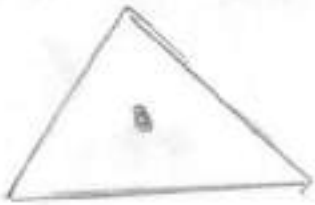
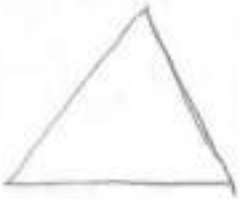
	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
DISXCAP	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

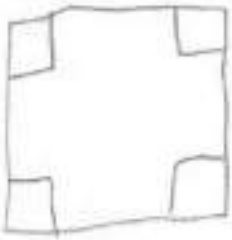
SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Aron Ali Ven Gamba	Sexo	TIPO ID: PPT	NUMERO: 5939957
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	DX: S. Asperger	HORA: 11:30 am	
EVOLUCION 9: Asiste a consulta paciente sin ninguna dificultad de salud aparente la mamita manifiesto que es un niño muy inteligente, con dif a nivel motor fino se aplica valoracion por neuropsicologia tender criterio ENI en habilidades academicas, memoria y funciones ejecutivas Asiste familia orientando herramientas de Pautas de crianza.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	


piña, pera, guallaba y uvas y manzana
enedos, baso, botella, tetera y pelota.
n auto, dos Ruedas, y un niño y una
sicleta

El pastes asustado

una madre preparaba muchos pasteles para sus hijos un dia preparó un paste con tanto amor que al de sarrolla el paster del orno a todos sele's hizo agua la Boca

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-07-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Reyer Samuel Tejas Ch.		TIPO ID: TI	NUMERO: 1072713517
FECHA DE ATENCION: 11/12/2024	DX: Def. de Aten	HORA: 11:00 am	
EVOLUCION 1: Asiste paciente en buen estado de salud, la madre manifiesta que ella tuvo sus niños prematuros, dificultades de lenguaje, Dif en el AA. se aplica Bender 4 criterios en: en habilidades academicas memoria funciones ejecutivas. Asiste Familia, se orienta sobre educacion y pautas crianza. Laura Gómez			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023



El pastel azul

Samuel Rosero Marin

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-AM01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/09/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Sareey Brigith Anzo Forero		TIPO ID: TI	NUMERO: 1186964002
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	DX:	HORA: 9:00am	
EVOLUCION 5: Asiste paciente en buen estado de salud a valoración por neuropsicologia, indica que de recien nacida meconio y esto hizo que tuviera una hipoxia neonatal que genero dificultades a nivel de aprendizaje. Test de Bender, funciones ejecutivas, habilidades academicas. Asiste familia orientando procesos psicoeducativos y establecimiento de limites			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Yormary Forero Anzo	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

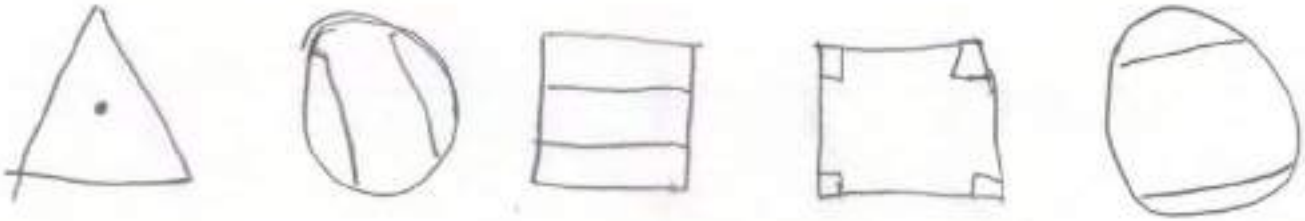
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neurocirugia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Sarely Raquel Ariza		**TIPO ID:** T I	**NUMERO:** 1186964
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 1:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**.FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

Sareey Briyith Ariza Fonero



piña	tetera	bisicleta
uvas	cucharon	niña
Pera	botella	carro
mansana	Plato	

una madre Prepara b a muchos p

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Jose Sanchez Rodriguez | TIPO ID: TI | NUMERO: 1019214052?

FECHA DE ATENCION: 11/12/24 | DX: Dif AP | HORA: 10:00am

EVOLUCION 5:

Asiste paciente en buenas condiciones de salud manifiesta que es mamá que el niña tiene estrabismo y que no atiende mucho en el colegio se aplica Test de Bender y criterios Habilidades academicas, memoria y funciones ejecutivas. Asiste Familia, se proporcionan pautas de crianza

FIRMA DEL PROFESIONAL

Maisol Rodriguez C.
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Harold Zoé Sánchez Rodríguez

El Paste asustado:

1: Una madre pequeña muchas pasteles para su hijo. Un día pasteé un pastel con todos sus amigos. Que el pastel no se les hizo agua la boca.

DISXCAP	"GUÍALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: H-M-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización:20-09-2023

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar

NOMBRE DEL PACIENTE: Gelden Geronimo Rojas Cruz | TIPO ID: TI | NUMERO: 1032713518

FECHA DE ATENCION: 11/12/2024 | DX: Hipoacusia | HORA: 10:45 am

EVOLUCION 9:
Asiste paciente en buen estado de salud asiste con la mamá quien refiere dificultades atencionales importantes dificultades de AE y habilidades academicas se aplica, Bender, criterios ENI. habilidades en lec, escrit. y funciones ejecutivas. Asiste Familia, se realizan procesos psicoeducativos y manejo de conflictos.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Laura Gómez

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



El pastel asustado

una madre preparabe

Geronimo Rojaz

COMISARIA

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Paula Rojo Martinez		**TIPO ID:** T.I	**NUMERO:** 1028941922
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	**DX:**	**HORA:** 01:45 PM	
EVOLUCION 9: Maria Paula asiste en adecuadas condiciones de salud, joven de 17 años familia monomaterna, ideacion e intentos de suicidio por conflictos de pareja, irascible e impulsiva. Estilos parentales de permisividad. Maria Paula muestra dificultades para expresar sus emociones y baja autoestima. Trabajo en pautas de crianza y establecimiento de pautas crianza la mama			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Maria Paula Rojo Martinez	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Irene Osmar | TIPO ID: CC | NUMERO: 42021915

FECHA DE ATENCION: 11 | 12 | 2024 | DX: Violencia IF | HORA: 09:15 P.m

EVOLUCION 1:

Paciente adulto mayor, quien ingresa en adecuadas condiciones de salud, Familia compuesta, actualmente vive con su nieto Joel. Hijo privado de la libertad aprox 4 meses con quien ha mantenido relaciones conflictivas, violencia intrafamiliar. Refiere manifiesto sentirse abrumada por el estres y la responsabilidad que tiene para con el nieto, ha acumulado emociones negativas - Se realiza ventilacion emocional

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

COMISARIA DE FAMILIA

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
DISXCAP	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: María Elena Cancelado		TIPO ID: CC	NUMERO: 20790.745
FECHA DE ATENCION: 12/12/2024	DX: Violencia IF	HORA: 8:17 am	
EVOLUCION 1: Paciente de 74 años, ingresa a sesión. Cuidadora y acudiente de Thomas y Loren (nietos). María cuenta aspectos situacionales de la crianza de sus nietos los cuales han impactado significativamente su vida. Relación hostil con su hija (la mamá de Loren y Thomas). Se trabaja sobre el fomento de la autoeficacia para que se sienta más seguro de su rol. Establecimiento de límites.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: R-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

COMISARIA DE FAMILIA

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Codigo: R-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar
NOMBRE DEL PACIENTE: Juana Lucia Diaz Reyes | TIPO ID: RC | NUMERO: 1099218345
FECHA DE ATENCION: 12/12/24 | DX: Abuso Sexual | HORA: 9:15 a.m
EVOLUCION 1:
Paciente de 6 años ingresa en adecuadas condiciones de salud. Relato inicial por parte de Laura madre de la menor. Familia monoparental, tiene menor de dos hijos. Abuso sexual por parte de la ex pareja de la mama. Seguimiento en Comisaria de Fija en el área de Psicología. Dona es quien anuncio a su mama sobre los abusos, es alegre, extrovertida. Trabaja en Educación Emocional. Pautas de Crianza

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Juana Reyes

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

COMISARIA DE FAMILIA

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
DISXCAP	**GESTION DE CALIDAD**		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Melany Samantha Diaz R.		**TIPO ID:** T.I	**NUMERO:** 1033805192
FECHA DE ATENCION: 12/12/2024	**DX:** Abuso sexual	**HORA:** 9:40 a.m	
EVOLUCION 1: Menor ingresa en adecuadas condiciones de salud. El relato inicial se le hace a la tercia tanta madre de la menor. Familia monoparental. Melany es la mayor de dos hijas. Abuso sexual por parte de la ex pareja de la mamá. Está con seguimiento por Psicología en comisaría. Ethos familiar al parecer de autoridad. Trabaja en Educación Emocional y Pautas de Crianza			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Comisaria de Familia

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel Hernández Gomez		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1130014218
FECHA DE ATENCION: 12/12/24	DX: Abuso sexual	HORA: 10:45 am	
EVOLUCION 1: Samuel 11 años, quinto grado. Ingresa en adecuadas condiciones de salud. Flia monoparental, padre fallecio. Samuel es el 3er hijo de 5 hermanos. Al parecer abuso sexual por el hermano mayor quien se encuentra en correccional. Se percibe que la mama no logra dimensionar las consecuencias a las acciones de su hijo mayor, logrando justificar dichas conductas. Pautas de Crianza, Ajuste de Estilos Parentales. Establecimiento de limites.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Leidy Tatiana Gomez	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Codigo: HM-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Jhon Emmanuel Cortazar Forero		TIPO ID: TI	NUMERO: 1053342086
FECHA DE ATENCION: 12/12/2024	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1: Asiste familia y se orienta sobre rutas de crianza paciente de 18 años quien sufre o antecedente de asma, con dificultades en la respiracion y dificultades en el sueño apnea de sueño lo que ha afectado su parte academica su rendimiento no es igual se aplica Prueba neuropsicologica ENI criterios atencion memoria, habilidades academicas, funciones ejecutivas			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Claudia Forero	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

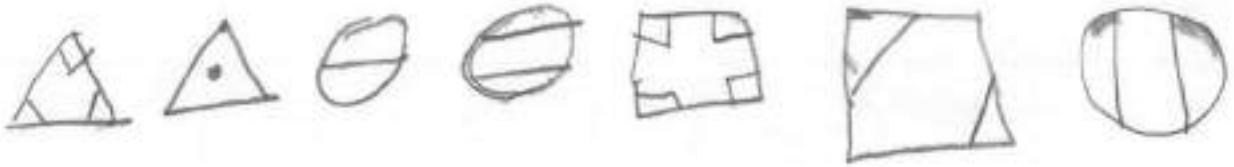
DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



una sandia, pera, piña, uva, manzana, Banano

una tetera, tenedor, vaso, gatewa

un valde, vicicleta, caro, niña

El pastel asustado

una madre preparada mucha pasteles para sus hijas. ondia
pepalo un pastel con tanto amor que, al sacarlo del horno, a todos eles hizo agua la boca

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Johan David Tejardo Cabra		TIPO ID: TI	NUMERO: 1030192792
FECHA DE ATENCION: 12/9/24	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1: Asiste familia, se realiza psicoeducación ingresa paciente de 7 años en compañia de su mamá quien indica antecedente de espina bifida, mielomeningocele con antec hidrocefalea, escolarizado en grado 3° se aplica prueba neuropsicologica Bender criterios en funciones ejecutivas memoria, atencia, habilidades academicas.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Angie Ospina FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

El campesino solitario

Habia una vez un campesino que vivia solo en el campo. Un dia un peque

Johan



una piña unas uvas manzana pero

un refresco una botella una silla

una piña

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juis Miguel Arcila Vargas		**TIPO ID:** TI	**NUMERO:** 1099215456
FECHA DE ATENCION: 12/12/24	**DX:** T1 Escolar	**HORA:** 3:12	
EVOLUCION 1: Asiste paciente masculino de 9 años quien ingresa con su mamá a consulta su mamá refiere que el niño ha presentado dificultades en las habilidades escolares se aplica FAI anteriors en memoria atención habilidades escolares y funciones ejecutivas. Asiste' familia se realiza psicoeducación			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Luz Angela Vargas	

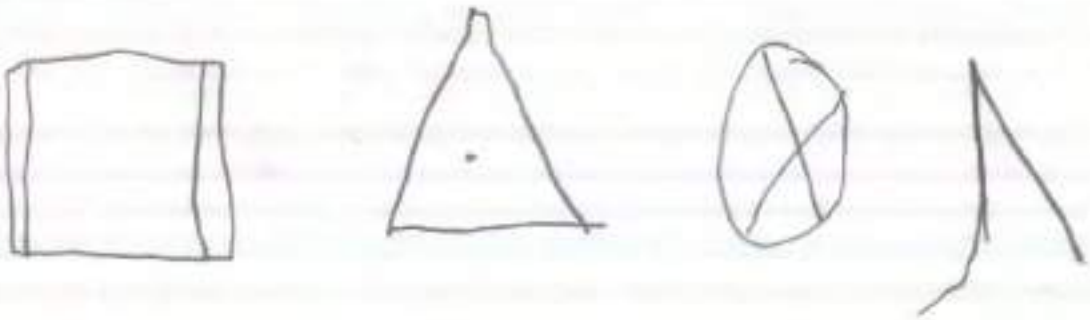
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



Pera masana Paño ubas bama
Pera

tetera tenador Plato

caro Bi

El pas i

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Pilar Andrea Ramirez Sanz		TIPO ID: C.C.	NUMERO: 4053822
FECHA DE ATENCION: 12/12/24	DX: Autismo	HORA: 3:40 PM	
EVOLUCION 1: Paciente de 39 años, ingresa en buenas condiciones de salud. Familia monoparental, los integrantes de la flia facilitan un ambiente de amor y seguridad en el. Trabajo la funcionalidad en Andres, desarrollando espacios lúdicos para aprender cosas nuevas, proporcionando un sentido de logro; Adrian importante el trabajo en Habilidades para la vida			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S			
	GESTION DE CALIDAD			
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS				
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualizacion:20-09-2023	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Forntiol			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andrey Felipe Hernandez Gomez		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099216421
FECHA DE ATENCION: 12/12/24	DX: NO. D.	HORA: 10:59	
EVOLUCION 1: Asiste paciente para valoración por neuropsicologia debido a abuso sexual lo que genero que su parte academica se viera afectada por tanto se aplica prueba neuropsicologica Bender, En criterios Atención memoria habilidades academicas y funciones ejecutivas. Asiste familia se brindan pautas de crianza			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	Leidy Tatiana Gomez

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



pera piña manzana uva Banana teledor te Baso llantas persona

El pastel asustado

una madre preparaba muchos pasteles para sus hijos. Un día preparó un pastel con toto amor que, al sacarlo del horno, todos celtes hizo agua la boca

Andrey Felipe Hernandez Gomez

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización(20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Nicolas Hernandez Gomez		TIPO ID: TI	NUMERO: 1049214345
FECHA DE ATENCION: 12/12/24	DX: A0.	HORA: 11:25am	
EVOLUCION 1: Asiste paciente en compañia de su mamá viene remitido de comisaria de familia por posible abuso sexual, la mamita manifiesta que la situacion vivido por su hijo afecto la parte escolar por tanto se aplica prueba neuropsicologica, en los cuales de atencion, memoria, habilidades academicos, Funciones ejecutivas. Asiste Familia se brindan Pautas Crianza			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	Leidy Tatiana Gomez

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

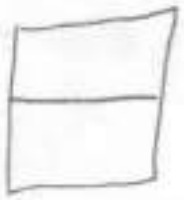
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: R-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Juan Nicolas H.O.







Uva
manzana
Pera
taza de te
tenedor
daso
botella
circulo
carro
cicla
niña
baile

El Pastel
Una madre asotada
preparada muchos Pasteles para sus hijos
Un dia Preparo un Pastel con tanto amar que
al sacarlo del horno a todos se le hizo
agua la boca

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Kender Samuel Hernandez Cond		TIPO ID: TI	NUMERO: 1300942148
FECHA DE ATENCION: 12/12/24.	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1: Ingresa paciente con su mamá a consulta y valoración por neuropsic para evidenciar posible dif academica pero la mamá indica que el niño le va bien en el colegio. Se aplica instrumento Bender, criterios ENI memoria, atención, habilidades academicas, Funciones ejecutivas. Asiste Familiar se realiza Psicoeducación y pautas crianza			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Leidy Tatiana Gomez FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

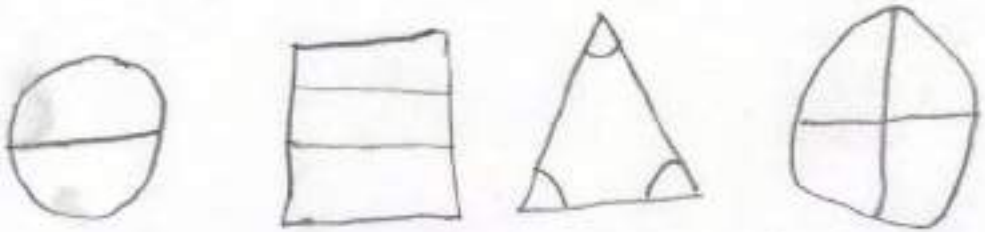
SERVICIO;			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Codigo: R-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

KENDER SAMUEL H. G.



Pera
Mansana
Piña
Sandia
Uvas
Banano

Tenedor
Plato
Jarra
Botella
Baso

Carro
Bicicleta
Balde
Niña

El pastel
asustad

Una madre preparada muchos pasteles para sus hijas. Un dia preparó un pastel con tanto amar que, al sacarlo del horno, a todos se les hizo agua la boca.

11

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Brian Snider Carrero Amado		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099212666
FECHA DE ATENCION: 12/12/24	DX: DF 17 mo	HORA: 10:29 am	
EVOLUCION 1: Ingresa Familia, brindando Psicoeducacion a la misma. Asiste paciente para valoracion por neuropsicologia con el fin de evidenciar afectaciones y dif a nivel de AT. ingresa con su mamá quien indica que su rendimiento en matematicas no es muy bueno Se aplica instrumento Bender, criterios ENI en memoria, atencion habilidades academicas y funciones ejecutivas			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Johana Amado	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-AM01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

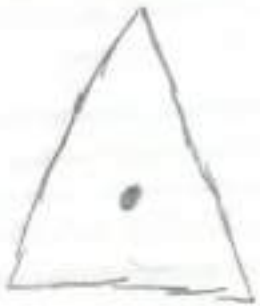
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

B¿9N SNetJeY CarreñO AmaDO







el pastel



UNA madre preparaba muchos pasteles para Sus hijos UN dÍa preparo UN pastel con tanto AMOR que al Sacarlo del horNO a todos Se le hizo agua la boca

perA

MANZANA

PIÑA

KiWU?

abetaNA

BANANO

UVAS

---

tenedor

tel

pelota

pelota

MUJer

bicicleta

auto

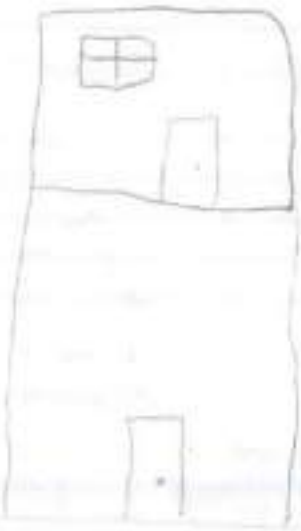
DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Melany Samantha Diaz R.		TIPO ID: TI	NUMERO: (8) 1033805142
FECHA DE ATENCION: 12/12/24.	DX: A5.	HORA: 8:47am	
EVOLUCION 1: Asiste paciente a consulta por neuropsicologia quien refiere situación agresivo y de abuso con menor de 14 años en la consulta se labora con test Proyectivo familia. Se evidencia buenos patrones de crianza y limites por parte de la mamá. Asiste familia, se orienta sobre Psicoeducación			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: HM-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	





Melany Samantha Diaz Reyes

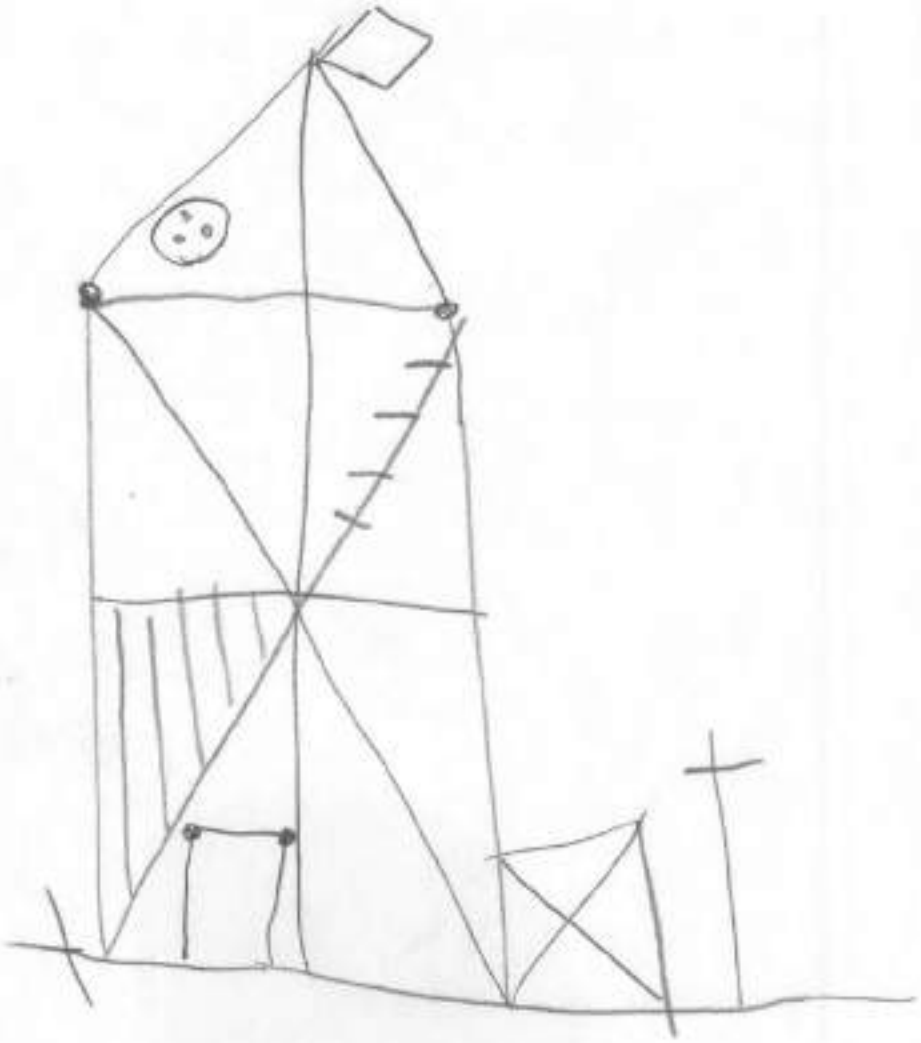
Dayna Lucia Diaz Reyes

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Danna Lucia Diaz Reyes.		TIPO ID: RC.	NUMERO: 1099218345
FECHA DE ATENCION: 12/12/24	DX: AS.	HORA: 8:30 am	
EVOLUCION 1: Asiste Familia, se brindan pautas de crianza. Asiste paciente de 6 años en compañía de su mamá en compañía de su madre para valoración por neuropsicología remitidas por comisaría de familia se evidencia situaciones de familia adecuadas en relación a su mamá, escolar las niña responde pasa a primero. Aplicación familia (proyectiva)			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia ocampo y psicologia familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Sandy Juliana		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 9: Asiste paciente en buen estado de salud la mamita indica que siempre no tenido dif de AP sobretodo cuando inicia el proceso lectoescritor, se revisa DSM V cumpliendo criterios para F810 y F8181 se aplica ENI criterio Atención memoria habilidades academicas funciones ejecutivas y test visomotor de Bender. Asiste familia y se orienta.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

l Pastel asustado

na Madre Preparaba Muchos Pasteles Para sus Niños un día
Preparó un Pastel con tanta amar fue al sacarlo del horno
-dos se les hizo agua la boca.



Saidy Ocampo







Manzana
Piña
Uva
Pera

Jara
Vaso
Botella de vidrio
Tenedor
Y un Sircuto

Muñeca
Carro
Bicicleta
Y un bate

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Katherine Vargo Rodriguez		**TIPO ID:** CC	**NUMERO:** 1099211571
FECHA DE ATENCION: 12/12/24	**DX:** Violencia IP	**HORA:** 05:00 pm	
EVOLUCION 1: Katherine ingresa en adecuadas condiciones de salud. Familia extensa. Relaciones filiomaternales fracturada y dinámica familiar disfuncional, agresiones verbales entre los subsistemas de la misma. Estilos parentales de permisividad, no hay rutinas establecidas. La señora Katherine es trabajadora sexual, no impone reglas ni límites. Establecimiento de límites y redefinición de autoridad			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Katherine Vargo Rodriguez	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: R-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar
NOMBRE DEL PACIENTE: Jasmin Pinzon | TIPO ID: C.C. | NUMERO: 302062227
FECHA DE ATENCION: 17/12/24 | DX: | HORA: 8:350 a.m

EVOLUCION 1:
Jasmin, madre de María Isabella ingresa en óptimas condiciones de salud, se lleva a cabo Terapia Familiar. Se evidencia capacidad resiliente. Se trabaja Contención emocional y manejo de impulsos

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

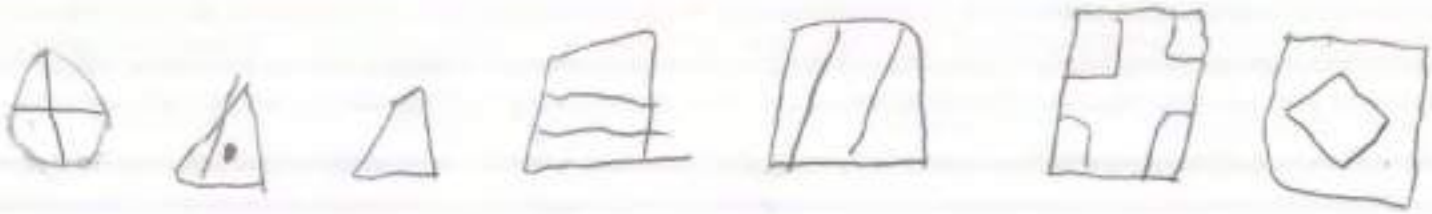
DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Emili Arna Aguilar		TIPO ID:	NUMERO: 1099215881
FECHA DE ATENCION: 19/12/24	DX: DIFAZ	HORA: 3:30pm.	
EVOLUCION 9: Asiste paciente en buen estado de salud indica que la nina siempre ha tenido dificultades a nivel de AZ su desarrollo fue normal pero mantiene un contexto que posiblemente influya en su entorno escolar Se aplica criterios de ENI memoria, atención, habilidades academicas, Asiste Familia y se orienta			
FIRMA DEL PROFESIONAL Lidia Aguilar		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Lidia Aguilar	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



una TASA con manzana PERA UVA PIÑA

un SIRCulo una TASA TENE OR baso bute ya

SI CLA niño bute con RUEDas

UNA MADRE PREPARABA muchos pasteles para

niños un dIA

PREPARO un pastel con TANTO AmoR QUE AJ sacar

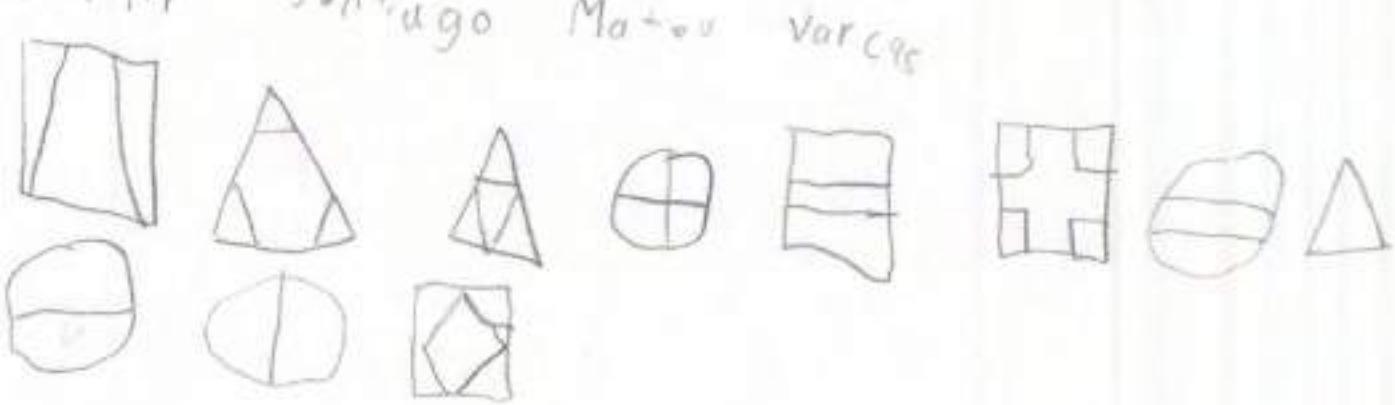
la del horno, A TODOS SE LE hIA gualo boca.

emili

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Alex Felix Olarte Pueda		TIPO ID: RC	NUMERO: 1099216977
FECHA DE ATENCION: 17/12/24	DX: Autismo	HORA: 9:30am	
EVOLUCION 9: Asiste acompañado, brindando pautas de crianza, ingresa paciente de 4 años de edad en compañia de su mama antecedente diagnostico de Autismo la mama indica que tuvo lenguaje antes del nacimiento de su hermano menor ahora requiere valoracion por neuropsicologia Funciones ejecutivas Atencion, memoria, habilidades academicas			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Heiner Santiago Mateo Varcas

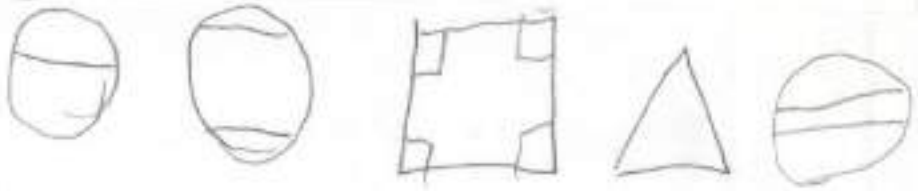


Pera Manzana Uba sandia — tenedor tetera bino

arro balon bisigleta balde

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
DISXCAP	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Yofer Manuel Lobo Mendoza		TIPO ID:	NUMERO: 1094835263
FECHA DE ATENCION: 17/12/24	DX: Q AA	HORA: 11:00am	
EVOLUCION 9: Asiste Familia y se brinda proceso de Psicoeducación. Ingresa paciente en buen estado de salud, acude a consulta, Neuropsicologia para determinar posibles dificultades de aprendizaje se realiza valoracion y se aplica prueba neuropsicologica criterios de ENI Atencion, memoria, habilidades academicas Test visomotor de Bender. funciones ejecutivas.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

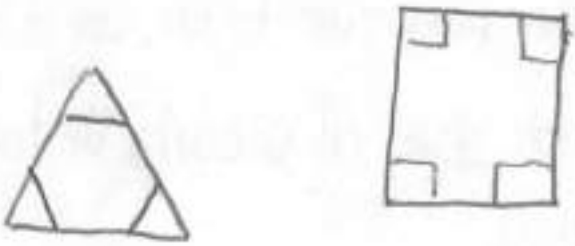
Yofer 

.manzana. Pera. uva. Piña
.tenero. Vote ño. tetera. visiceta

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres David Nino Vargas.		TIPO ID: TI	NUMERO: 1057575988.
FECHA DE ATENCION: 17/12/24	DX: Dif A7	HORA: 10:50am	
EVOLUCION 9: Asiste Paciente a consulta de neuropsicologia en compañia de su mamá quien indica que el nino ha presentado dif en lecto escritura, se aplica criterios de ENI habilidades academicas atencion, memoria, funciones ejecutivas, Asiste Familia, orientando en procesos de psicoeducación y pautas de crianza			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Andres David Niño Vargas













tenedor
daso
jova
dino
vhatetera

mansano
sandia
pera
piño
vanano
uvas

siela
camo
dalon
tina
niña

El pastel gsustado

Una madre preparaba muchos pasteles para sus hijos. un dia
preparó un pastel con tanto amor que, al sacarlo de hor
todo se les hizo agua la boca

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/08/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia. Y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Esteban Arboleda Sanos		**TIPO ID:** Cc	**NUMERO:** 1099268742
FECHA DE ATENCION: 17/10/24	**DX:** TD	**HORA:**	
EVOLUCION 9: Ingresa en compañia de su mamá quien indica previo diagnostico de TDAH diagnosticado por neuropsic. Test de vineld. Se realiza valoración por neuropsicologia. Asiste familia, donde se explora sobre sus relaciones filioparentales. Se brindan pautas de crianza y establecimiento de limites.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Heiner Santiago Mateus V.		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099217112
FECHA DE ATENCION: 17/12/2024	DX:	HORA:	

EVOLUCION 9:
Asiste paciente con su mamá para determinar posible dif de AZ se evidencio que se distrae con facilidad se aplica valoracion neuropsicologica, ENI caracteres atención, memoria, fun Ejecutivas, habilidades academicas. test visomotor de Bender confunden O con B y se comen palabras. Asiste familia, se orienta en Pautas de Crianza

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Yenny Vargas

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel Alejandro Rodriguez F.		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099216962
FECHA DE ATENCION: 18/12/2024	DX: TDAH	HORA:	
EVOLUCION 9: Paciente masculino de 9 años ingresa a consulta con su mamá quien refiere que el niño ha presentado dificultades academicas se aplica ENI Habilidades academicas, Atencion memoria funciones ejecutivas. test CPT visomotor de Bender. Asiste familia y se abordan pautas de crianza. Karen Dayana Fuentes Bermudez.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



















Uno tetera, círculo, botella, tenedor y vaso

un carro, dic:clota, hiñay valde

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01	Versión: 1 | Fecha: Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 03-04-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar
NOMBRE DEL PACIENTE: Esthben Alejandro Moreno Prado TIPO ID: TI NUMERO: 1024530957
FECHA DE ATENCION: 18/12/24 DX: DA HORA: 8:54
EVOLUCION 5:
Asiste paciente en buen estado de salud la mamá manifiesta que el niño siempre ha tenido problemas de AL se aplica valoración por neuropsicología en criterios ENI Atención memoria habilidades academicas df funciones ejecutivas. Test Visomotor de Bender. Asiste familiar y se orientan en pautas de crianza

FIRMA DEL PROFESIONAL Emilce Parda FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

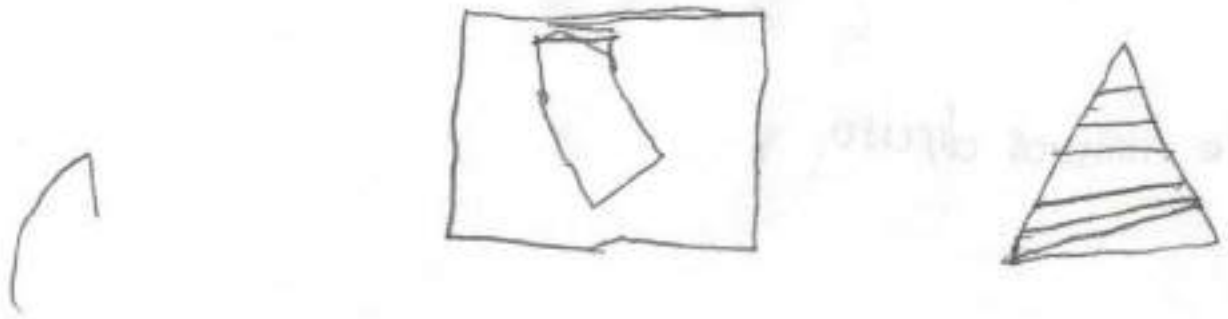
SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/08/2021 | Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Estiben Alejando Moreno gado





Una madre preparaba muchos pasteles para su hijo un
pre para un pastelcon tanto amor que al sacarlo el horno de todo los
hizo agua laboca
Reconocamiento de numeros difuso.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/09/2021	Actualizacion: 26-09-2022

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar.
NOMBRE DEL PACIENTE: Ocivid Samir Gil Avila | TIPO ID: TI | NUMERO: 1099217057
FECHA DE ATENCION: 18/11/2024 | DX: | HORA:
EVOLUCION 5: Asiste Familia, se brindan pautas de crianza y contencion impulso. Asiste paciente en buen estado de salud, la mama advierte que el nino tiene un comportamiento desafiante, inquieto que parece que lo impulsara un motor TDAH cumple todos los criterios de dsm 5. Se aplica valoracion por neuropsicologia criterios atencion memoria habilidades academicas Funejecutivas Bender.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: HM-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Deivid Samir Gil Avila



manzana
Piña
una
Pera
coca
Tenedor
Vaso
Botella
Garra
visicleta
Cavo
Caro
Niña

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar.
NOMBRE DEL PACIENTE: Johan Santiago Diaz | TIPO ID: | NUMERO: 1025328376
FECHA DE ATENCION: 18/12/24 | DX: Autismo | HORA: 2:30pm
EVOLUCION 5:
En su segunda atención, ingresa familia de Santiago en la que se realiza una breve exploración por cada una de las áreas y psicoeducación en la salud mental del cuidador, en este caso la señora Ligia, brindando herramientas de contención emocional

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFEBIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/06/2021 | Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Santiago Díaz



DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

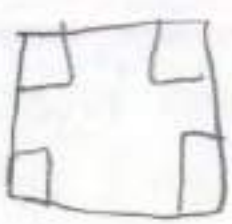
DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

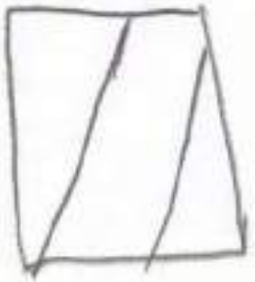
SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan José Pena Plazas (Para)		**TIPO ID:** TI	**NUMERO:** 1033116229
FECHA DE ATENCION: 18/12/24	**DX:** Autismo	**HORA:** 9:30am.	
EVOLUCION 9: Asiste paciente en compañía de Familia, se realiza una breve exploración por cada una de las dimensiones, evidenciando ausencia en pautas y estilos de crianza. Se realiza Psicoeducación y establecimiento de limites.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Yuly Paola Plazas Santamaria	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

Oscar David Quintero Aguilar

2
lenedor
tetera
botella
boog
ciclo

1
Sandia
Pera
Piña
mansana
uvas
Piña
banana







3
Dona
bisicleta
niña

El Pastel Agustados



Una made Piepara ba muchos pasteles para sus hijos. Un dia Piepaio un pastel con tanto amor que al sacarlo dd horno, a todos se les hizo agua la boca.



—mamita queiida, mamita guapa danos un trozo le suplicaron sus hijos golosos e impacientes, haciendo mil gestes

—Si si, espera que se enfrie y lo dobran

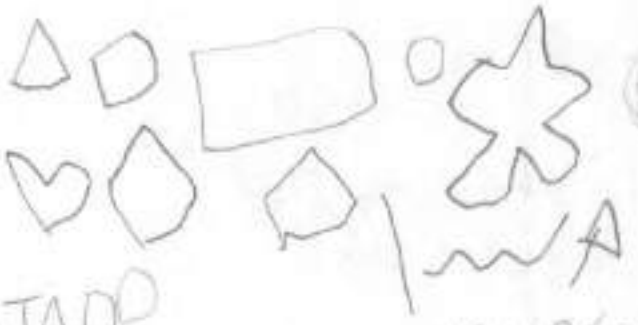
JUAN JOSE PEÑA PLAZAS



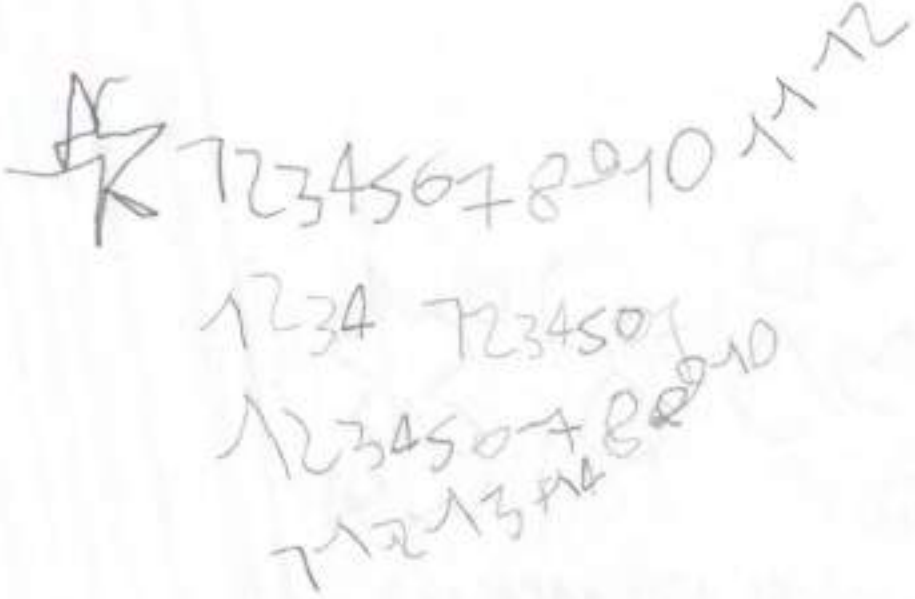




JUANJOSEPEÑAPLAZAS



EL PASTELASUSTADO
UNA MADREPREPARABA MUCHOSPASTELESPARASUS
HIJOS UNDIAPREPARO UNPASTEL CONCANTIDAMOR

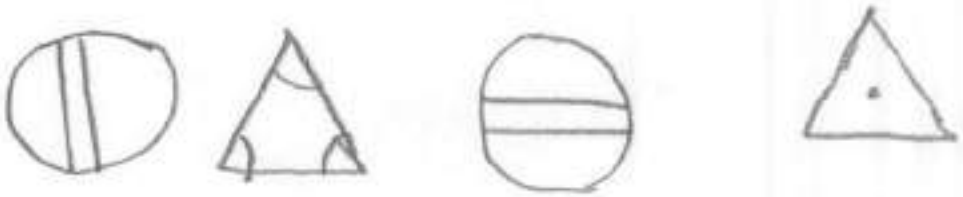


DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Mathias Pena Villamil		TIPO ID: TI	NUMERO: 1055525030
FECHA DE ATENCION: 18/12/24	DX:	HORA: 4:55	
EVOLUCION 9: Asiste paciente en buenas condiciones de salud se aplica valoracion neuropsicologica atencion, memoria funciones ejecutivas habilidades academicas test visomotor de Bender. Asiste familia, se brinda orientación en pautas de crianza y Psicoeducación, para que sean implementadas en casa			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Mathias Peña Villamil



pera-mazana-banana-uvas-piña

plato-jarron-vaso-tenedor-bella

niña-bicicleta-carro-balde

El pastel asustado

Una madre preparaba muchos pasteles para sus hijos. Un dia preparó un pastel con tanto amor que, al sacarlo del horno a todos se les hizo agua la boca

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Gonzalez Sedan		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1099218002
FECHA DE ATENCION: 20/12/24	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1: Ingresa la Familia de Santiago donde se realiza una breve exploracion en las relaciones Familiares, se evidencia que hay Fractura en las relaciones intrafamiliares. Se abordan pautas de crianza para afianzar y aplicarlas en el hogar.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Luz Miles. FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion 20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Nicolas Rueda Velandia		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1013122810
FECHA DE ATENCION: 20/12/24	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1: Asiste familia, se realiza una breve exploración por las áreas / Actualmente vive con su tía donde se evidencia un espacio calido para el menor. Se realizan estrategias de afrontamiento y psicoeducación			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-HA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Shaira Gonzalez Cuadro		TIPO ID: TI	NUMERO: 1.187.203.236
FECHA DE ATENCION: 20/12/24	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1: Ingreso familia, donde se escucha y se realiza intervención frente a las dificultades, comunicacionales y la manera como se abordan los conflictos. Se brindan pautas de cuidado con el proposito de mitigar los factores de riesgo.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M01	Versión: 1 / Fecha Aprobación: 01/05/2021 / Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Sarhara Patricia Cubillos		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099217712
FECHA DE ATENCION: 20/12/24	DX:	HORA:	

EVOLUCION 1:
Asiste Familia, se realiza una breve exploración en las diferentes relaciones intrafamiliar, evidenciando fractura en relaciones filiales y parentales. Se realiza ventilación emocional, se facilitan pautas de crianza.

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicología y Psicología Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Alexa Manuel Gabriate		TIPO ID: TI	NUMERO: 7782295
FECHA DE ATENCION: 20/12/24	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1: Asiste familia, se realiza exploración en la dinámica familiar evidenciando fallencias en los estilos parentales de crianza y en conductas inapropiadas, se realiza acercamiento en pautas de crianza para que sean ejecutadas en casa.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Neuropsicologia y Psicologia Familiar			
NOMBRE DEL PACIENTE: Johan Camilo Niño Diaz		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1099217015
FECHA DE ATENCION: 2023 12 14	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1: Familia asiste a consulta, evidenciando falencias en estilos de crianza, por ende es importante establecimiento de pautas de crianza y psicoeducacion. Establecimiento de limites y Ficha de autoridad.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Marcela Martinez Garnica		TIPO ID: CC	NUMERO: 1099208949
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX:	HORA: 8:37 a.m.	
EVOLUCION 1: Manejo Ulcera de pie derecho, donde se hace una breve exploración por los ejes: personal, familiar, social en donde se evidencia no hay apoyo de parte del padre de los hijos. Frente a situaciones problema la mamá refiere que se refugia en sus hijos. Se le brindan factores protectores, con la idea de activar red de apoyo/ Ventilación emocional			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Marcela Martinez Garnica FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO: -
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Yuly Rojas Gonzalez		TIPO ID: CC.	NUMERO: 1.093911.349
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX: Orientación	HORA: 9:10 am	
EVOLUCION 9: Se recibe Yuly ingresa a servicio de Psicología. Se realiza exploración por cada una de las dimensiones. Evidenciando que ha pesar de ser una Hija monoparental, hasta de ser equiparable entre la autoridad y el amor. Se habla aspectos relevantes de reproducción sexual Aspectos relevantes de la Adolescencia de Daniela.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel Ariza Quiroga		TIPO ID: RC	NUMERO: 1099218768
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX: Violencia IF	HORA: 11:05 am	
EVOLUCION 9: Samuel 5 Años, familia monoparental, es el hijo menor de dos hermanos. Se evidencia desestructuración en el esquema parentales, no hay normas y reglas. Familia disfuncional, Vocabulario inadecuado, Conductas desadaptativas. Se brindan herramientas para que sean implementadas. Violencia intrafamiliar			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Miguel Quiroga Herrera.	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Miryam Rocio Arizo Hernandez		TIPO ID: CC	NUMERO: 28034565
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX:	HORA: 11:25 am	

EVOLUCION 1:
Miryam madre de Feirvian Arizo, asiste a sesión Psicológica por primera vez, refiriendo que no cuenta con el apoyo de nadie, a pesar que tiene una relación afectiva siente que le invalidan sus emociones. Asimismo, refiere que en ocasiones tiende a frustrarse por la situación actual. Se le orienta acerca de estableces límites saludables para evitar el agotamiento emocional.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Miryam Rocio Arizo Hernandez		TIPO ID: CC	NUMERO: 28034565
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	DX:	HORA: 09:05 am	

EVOLUCION 2:
Paciente de 45 años, ingresa en adecuadas condiciones de salud. El día de hoy se percibe con actitud diferente, se trabaja en el reajuste de metas y expectativas con el propósito de incluir un equilibrio entre la vida laboral y familiar. Miryam adiciona, comenta que estos espacios son de gran ayuda pues nunca había estado en terapia psicológica para ella.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Inst Comercio.

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Heider Francisco Fonseca		TIPO ID: TI	NUMERO: 1150437624
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX:	HORA: 03:10 P.M	
EVOLUCION 5: Paciente ingresa a sesiones en buenas condiciones de salud 12 años, familia nuclear, el menor de 2 hermanos. Se evidencia familia cumpliendo pautas de crianza preestablecidas, familia funcional, que se preocupan por la salud del menor. Heider es consciente de su condición y se encuentra expectante sobre el futuro y su salud se abordan aspectos emocionales			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Fernanda Afanador		TIPO ID: CC	NUMERO: 1102488206
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX:	HORA: 03:37 P.M	
EVOLUCION 1: Maria Fernanda asiste a sesión en buenas Condiciones de Salud, manifiesta que los integrantes de la familia se sienten preocupado porque para inicie su vida sexual ya que es vulnerable a su circulo social y compañeros de clase. Se habla de los factores protectores para que sean activados y de los factores de riesgo para evitar dichas situaciones			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Maria Fernanda Afanador	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

COMISARIA

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: María Paula Pallo Martinez		**TIPO ID:** T.I	**NUMERO:** 1028941922
FECHA DE ATENCION: 1/12/24	**DX:**	**HORA:** 01:45 PM	
EVOLUCION 9: María Paula asiste en adecuadas condiciones de salud, joven de 17 años, familia monomaterna, ideación e intentos de suicidio por conflicto de pareja, irascible e impulsiva. Estilos parentales de permisividad. María Paula muestra dificultades para expresar sus emociones y baja autoestima. Trabajo en pautas de crianza y establecimiento de límites. Cuando la mamá			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** María Paula Pallo Martinez	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: María Tiere Osmal | TIPO ID: CC | NUMERO: 42021916
FECHA DE ATENCION: 11 / 12 / 2024 | DX: Violencia IF | HORA: 04:15 P.M

EVOLUCION 1:
Paciente adulto mayor, quien ingresa en adecuadas condiciones de salud, Familia compuesta, actualmente vive con su nieto Joel. Hijo privado de la libertad aprox 4 meses con quien ha mantenido retractores conflictivos, violencia intrafamiliar. Tiere manifiesto sentirse abrumada por el estres y la responsabilidad que tiene para con el nieto, ha acumulado emociones negativas. Se realiza ventilación emocional

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

COMISARIA DE FAMILIA

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: María Elvecia Carrolado		TIPO ID: C.C	NUMERO: 20790745
FECHA DE ATENCION: 12/12/2024	DX: Violencia IF	HORA: 8:17 am	
EVOLUCION 1: Paciente de 34 años, inicia sesión. Cuidadora y acudiente de Thomas y Loren (nietos). María Cumple aspectos situacionales de la crianza de sus nietos los cuales han impactado significativamente su vida. Relación mixta con su hija (la mamá de Loren y Thomas). Se trabaja sobre el fomento de la autoeficacia para que se sienta más seguro de su (0). Establecimiento de límites.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

COMISARIA DE FAMILIA

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: Jhon Lucas Diaz Reyes | TIPO ID: RC | NUMERO: 1099218395
FECHA DE ATENCION: 12/12/24 | DX: Abuso sexual | HORA: 9:15 a.m.
EVOLUCION 1:
Paciente de 6 años ingresa en adecuadas condiciones de salud. Relato inicial por parte de Launa madre de la menor. Familia monoparental. Dos menor de dos hijos. Abuso sexual por parte de la ex pareja de la mama. Seguimiento en Comisaria de Fia en el área de Psicología. David es quien anunció a su mamá sobre los abusos, es alegre, extrovertido. Trabaja en Educación Emocional. Pauta de Cuidado

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

COMISARIA DE FAMILIA

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-MO1	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Melany Samantha Diaz R.		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1033805792
FECHA DE ATENCION: 12/12/2024	DX: Abuso sexual	HORA: 9:40 a.m	
EVOLUCION 1: Menor ingresa en adecuadas condiciones de salud. El relato inicial se le hace a la señora Layna madre de la menor. Familia monoparental. Melany es la mayor de dos hijas. Abuso sexual por parte de la ex pareja de la mamá. Está con seguimiento por psicología en comisaría. Estilos parentales al parecer adecuados. Trabaja en Educación Gradual y Fuerza de Cuerpo			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Comisaria de Familia

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel Hernández Gomez		TIPO ID: TI	NUMERO: 1193044218
FECHA DE ATENCION: 12/12/24	DX: Abuso sexual	HORA: 10:45 am	
EVOLUCION 1: Samuel 11 años, quinto grado. Ingresa en adecuadas condiciones de salud. Hijo mono-parental, padre fallecio. Samuel es el 3er hijo de 5 hermanos. Al parecer abuso sexual por el hermano mayor quien se encuentra en correccional. Se percibe que la mama no logra dimensionar las consecuencial o las acciones de su hijo mayor, tratando justificar dichas conductas. Pautas de crianza, Ausencia de Estilos Parentales. Establecimiento de limites.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	Leidy Tatiana Gomez

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-MG1	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Pilar Andres Ramirez Sanz		TIPO ID: C.C.	NUMERO: 1053822
FECHA DE ATENCION: 12/12/24	DX: AUTISMO	HORA: 3:40 P.M.	
EVOLUCION 1: Paciente de 39 años, ingresa en buenas condiciones de salud, familia mo-nopoventa, los integrantes de la flia facilitan un ambiente de apoyo y segu-ridad en el. Trabajan la funcionalidad en Andres, desarrollando esperia lúdicos para aprender cosas nuevas, proporcionando un sentido de logro; Actividad importante el Trabajo en Habilidades para la vida.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Katherine Vargas Rodriguez		TIPO ID: CC	NUMERO: 1099211571
FECHA DE ATENCION: 12 / 12 / 24	DX: Violencia IF	HORA: 05:00 pm	
EVOLUCION 1: Katherine ingresa en adecuadas condiciones de salud. Familia extensa. Relaciones filioparentales fracturada y disfuncional, ingresan violentes entre los miembros de la misma. Estilos parentales de permisividad, no hay rutinas establecidas. La señora Katherine es trabajadora sexual, no impone reglas ni límites. Establecimiento de límites y redefinición de rol de autoridad			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES

Código: TH-F-002	Versión:	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA: Recorrido con comisaria e infancia y adolescencia.	**OBJETIVO:** Evidenciar infantes de edad compatible consumo de SPA y orientarlos para asistencia		**FECHA DEL EVENTO:** Jueves 5 de diciembre 2024	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	GENERO F / M	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Juan Diego Quintero		M	Salida orientación	Estudiante			
2	Justin Bieber Rafael		M	Salida y orientacion	Estudiante	3203226641		
3	Lunna Quiroga	1099206942	F		Estudiante	3201212038		Lunna
4	Mauren Cely	1099210683	F		Estudiante	3125810389		Mauren
5	Kelly tatiana Arrieta		F		Estudiante	3045290896		
6	Juan andres carrera		M		Estudiante	3045290806		Juanandres
7	David Montealegre	1075274683	M		estudiante	3107862355		
8	David Olarte Arias	1099204183	M		estudiante	3206235299		
9	Paula Sofia Agudelo	1005827911	F		Estudiante	3125194611		PaulaA.
10	Samantha Castiblanco	1084919940	F		Estudiante	3108863030		
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL PROFESIONAL:								

DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES

Código: TH-F-002	Versión:	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA: Recorrido con Comisaria e infancia y adolescencia en el municipio.	**OBJETIVO:** Evidenciar menores de edad con riesgo consumo de SPA orientacion, apoyo y asistencia		**FECHA DEL EVENTO:** Jueves 5 de diciembre 2024	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	GENERO F / M	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Daniel Jerez	1099201620	M		Estudiante	3212403620		Daniel Jerez
2	Juan Sebastian	1038335239	M		Estudiante	3123453469		
3	Cristofer Fontecha	1068605	M		estudiante	1099207572		cristofer
4	Xiomara Tello	1014895765	F		estudiante	3182197228		
5	Alejandro Pajarito	1092	M		Estudiante	3123413433		
6	Andrea León Morales	1096	F		Independiente	3229190183		ANDREA LEÓN
7	Karen Julieth Marca	1006	F		Independiente	3045382707		Karen M
8	Heidy Hernandez	1099			Independiente	3232040893		Heidy H.
9	Jorene Quintero	1074	f		Independiente	3196211832		Jorene Quintero
10								

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL PROFESIONAL:

BASE DE DATOS USUARIOS PROGRAMA ALCALDIA BARBOSA SANTANDER DISXCAP 2024

N°	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO				N° DOCUMENTO	EDAD	TELEFONO	GENERO		TIPO DE DISCAPACIDAD					IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	NEURO
			R.C	T.I	C.C	P.P.T				F	M	FISICA	SENSORIAL	PSICOSOCIAL	COGNITIVA	MULTIPLE		
1	JUAN JOSE	PEÑA PLAZAS		X			1033116229	10 AÑOS	3203708252		X						AUTISMO NIVEL II	X
2	OSCAR DAVID	QUINTERO AGUILAR		X			1099216406	8 AÑOS	3214757592		X						TDAH	X
3	RICHARD ALEJANDRO	QUIROGA					1099219722	3 AÑOS	3118691092		X						TRASTORNO NO ESPECIFICO DEL DESARROLLO	
4	SAMUEL ALEJANDRO	RODRIGUEZ		X			1099215462	9 AÑOS	3212077080		X						TDAH	X
5	YOSTIN ANDREY	CELIS MOLINA		X			1099214082	10 AÑOS	3138110668		X						TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	X
6	MATHIAS	PEÑA VILLAMIL		X			1055525030	10 AÑOS	3168712537		X						TDAH	X
7	DARICKSON JOEL	SANCHEZ		X			1099214326	10 AÑOS	3114502473		X						TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	X
8	DEIVID SAMIR	GIL AVILA		X			1099217057	8 AÑOS	3212459757		X						TDAH	X
9	JOHAN SANTIAGO	DIAZ ARIZA		X			1025328376	10 AÑOS	3112462219		X						AUTISMO NIVEL III	X
10	SANTIAGO	GONZALEZ SEDANO		x			1099218002	7 AÑOS	3107446083		X						TDA	
11	JULIA EVANLLELYN	GAMARRA	x				1099218578	6 AÑOS	3105871258	X							ANSIEDAD	
12	NICOLAS	PUERTO VELANDIA					1013128010	15 AÑOS	3213849338		X						AUTISMO NIVEL II	
13	SANTIAGO	RODRIGUEZ CUBILLOS					1099217712	7 AÑOS	3015598247		X						TDAH	
14	DOMINIC SANTIAGO	GALEANO					1099210314	14 AÑOS	3138292240		X						ALTERACIÓN EN EL COMPORTAMIENTO	
15	JOSE DAVID	COY HERREÑO					1099211519	13 AÑOS	3229750549		X						ALTERACIÓN EN EL COMPORTAMIENTO	
16	ERICK FELIPE	HERREÑO TRASLAVIÑA					1099216633	8 AÑOS	3138292240		X						ALTERACIÓN EN EL COMPORTAMIENTO	
17	CARLOS JULIAN	MEDINA					1102092198	12 AÑOS	3102370968		X						TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	
18	SHAIRA	GONZALEZ DUARTE					1187203236	12 AÑOS	3203930933	X							TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES	
19	CAROLINA	MATEUS BERRIO					104080504	7 AÑOS	3126782974	X							TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES	
20	ALLEN EDIX	OLARTE MORATO					NO LLEVO	7 AÑOS	313302219	X							AUTISMO NIVEL II	
21	HEINER SANTIAGO	MATEUS VARGAS					1099217112	7 AÑOS	3117487554		X						TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES	
22	ANDRES DAVID	NIÑO VARGAS					1057515988	13 AÑOS	3117487554		X						TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES	
23	MATTHEW	FERREIRA VELAZQUEZ					1099216977	8 AÑOS	3222056893		X						AUTISMO NIVEL III	
24	YOFER MANUEL	LOBO MENDOZA					1094835263	7 AÑOS	3107871832		X						TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES	
25	EMILI	ARIZA AGUILAR					1099215881	9 AÑOS	3209871798	X							TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES	
26	SAIDY LUCCIANA	OCAMPO SUAREZ					1099214159	10 AÑOS	3185774240		X						TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES	
27	JHON ALEX	RODRIGUEZ PADILLA					1101698528	10 AÑOS	3102157013	X							TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES	

28	YAIR STIVEN	RODRIGUEZ MARTINEZ					1050618174	10 AÑOS	3108190720		X						TRASTORNO NO ESPECIFICO DEL DESARROLLO
29	ANA ESPERANZA	SAENZ NIETO					1099211462	13 AÑOS	3108190720	X							TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
30	ZARETH LUCIANA	MONCADA					1097993111	12 años	NO TIENE	X							DENTRO DE LIMITES NORMALES
31	MARIANA	GARCIA MONROY					1161216521	13 años	NO TIENE	X							DENTRO DE LIMITES NORMALES
32	GERMAN DAVID	ARIZA ARIZA					1096483815	14 AÑOS	3209018137		X						TRASTORNO NO ESPECIFICO DEL DESARROLLO
33	JOHAN SNEIDER	ROA MEDINA					1096223107	13 AÑOS	3223642523		X						TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
34	DANIELA FERNANDA	HERNANDEZ ROJAS					1090440775	15 AÑOS	312447135	X							TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES
35	ANDRES FELIPE	SUAREZ					1099213345	7 AÑOS	3114760068		X						TDA
36	AYLIN CAMILA	BENITEZ ARIZA					1094206900	17 AÑOS	3138539957	X							TDAH
37	JUAN DAVID	BAREÑO ARIZA					1101757206	14 AÑOS	3135255812		X						TDAH
38	JEIRON ANDREI	GAVIRIA					1099554324	8 AÑOS	NO TIENE		X						AUTISMO NIVEL II
39	ANGIE ZANETH	OLAYA VARGAS					1101755908	16 AÑOS	3205709454	X							TDAH
40	DANNA MELISA	SANCHEZ SANCHEZ					1102489672	13 AÑOS	3133236887	X							DEFICIT COGNITIVO
41	VIVIANE LIZETH	CABRERA					1099216017	8 AÑOS	3207297338	X							DEFICIT COGNITIVO
42	CHERID YARID	CUBIDES SEDANO					1099470501	8 AÑOS	3166802913	X							TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES
43	ANDRES FELIPE	PARDO					1028893071	9 AÑOS	3113948642		X						TDAH
44	GEIDEN GERONIMO	ROJAS CHARRY					1042713518	8 AÑOS	3224094595		X						TDAH
45	REYKER SAMUEL	ROJAS CHARRY					1072713517	9 AÑOS	3204094595		X						TDAH
46	MARIA JOSE	SANCHEZ RODRIGUEZ					1099214527	10 AÑOS	3219615726	X							TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES
47	MARIA JOSE	RABA SAENZ					1055525245	7 AÑOS	3108067119	X							DENTRO DE LIMITES NORMALES
48	IVAN FELIPE	PARDO GUIO					1049214547	10 AÑOS	3144782576		X						TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
49	SANTIAGO	CAMACHO PLAZAS					1014740102	16 AÑOS	3204808810		X						DENTRO DE LIMITES NORMALES
50	SAREEY BRIYITH	ARIZA FORERO					1186964002	8 AÑOS	3213202568	X							TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
51	MARIA ISABELLA	RINCON PINZON					1097639614	9 AÑOS	3208294074	X							TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
52	ESTIVEN ALEJANDRO	MORENO PARDO					1024530557	14 AÑOS	3113748642		X						TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
53	AARON ALÍ	GAMBA SIERRA				X	5939957	10 AÑOS	3114953907		X						AUTISMO NIVEL I
54	MILLAN STICK	GONZALEZ HOLGUIN					NO LLEVO	11 AÑOS	3152865734		X						TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
55	SARA LIZETH	PALOMINO					1150437788	12 AÑOS	3134137047	X							DEFICIT COGNITIVO
56	THOMAS ALEXANDER	MORENO CANCELADO					1072665459	14 AÑOS	300745677		X						TRASTORNO DE HABILIDADES ESCOLARES
57	SAMUEL DAVID	ARIZA QUIROGA					1099218768	5 AÑOS	3153486674		X						AUTISMO NIVEL I
58	JUAN NICOLAS	HERNANDEZ GOMEZ					1099214745	10 AÑOS	3232382317		X						TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
59	EMANUEL JAVIER	CALVO AMADO					1030199659	5 AÑOS	3125396958		X						TRASTORNO NO ESPECIFICO DEL DESARROLLO
60	BRIAN SNEYDER	CARREÑO AMADO					1099212666	12 AÑOS	3125396958		X						TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
61	ANDREY FELIPE	HERNANDEZ GOMEZ					1099216421	8 AÑOS	3232382317		X						TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
62	KENDER SAMUEL	HERNANDEZ GOMEZ					1130044218	11 AÑOS	3232382317		X						TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
63	LUIS MIGUEL	ARCILA VARGAS					1099215456	9 AÑOS	3195257751	X							TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
64	JOHAN DAVID	FAJARDO OSPINA					1030197742	7 AÑOS	3046187598		X						TRASTORNO NO ESPECIFICO DEL DESARROLLO
65	SANTIAGO	ALDANA SANCHEZ				X	5207396	10 AÑOS	NO TIENE		X						TDAH

66	JOHAN CAMILO	ALARCON					1099217015	8 AÑOS	NO TIENE		X						TDAH
67	JHON EMMANUEL	CORTAZAR					1053342086	13 AÑOS	NO TIENE		X						TDAH
68	JUAN ESTEBAN	ARIZA PEÑA					1094218742	5 AÑOS	NO TIENE		X						TDAH
69	EMMANUEL	ESPITIA BERBESI					1099214022	10 AÑOS	NO TIENE		X						TDAH
70	DANA VALENTINA	SARMIENTO					1099216381	8 AÑOS	NO TIENE		X						DEFICIT COGNITIVO
71	LOREN MARIANA	MORENO					1033124362	17 AÑOS	NO TIENE	X							TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
72	ALESSA MARINES	GUARATE				X	901026482	5 AÑOS	NO TIENE	X							TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO
73	ESTEFANIA ALEXANDRA	CARRILLO WILCHES				X	3616410	11 AÑOS	NO TIENE	X							TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
74	ALISSON YULIANA	HERREÑO RODRIGUEZ					1101698528	7 AÑOS	NO TIENE								TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES
75	SERGIO	RODRIGUEZ					1073324472	10 AÑOS	NO TIENE		X						AUTISMO NIVEL 1
76	DALAY KAORY	MARTINEZ					1130044203	11 AÑOS	NO TIENE	X							DENTRO DE LIMITES NORMALES
77	MARIA PAULA	PARRA					1028941922	17 AÑOS	NO TIENE	X							DENTRO DE LIMITES NORMALES

CARACTERIZACION PACIENTES	
AUTISMO	9
TRASTORNO DEL DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD	16
TRASTORNO NO ESPECIFICADO DEL DESARROLLO	5
TRASTORNO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	31
TRASTORNO DE DEFICIT ATENCIONAL	2
ANSIEDAD	1
ALTERACION EN EL COMPORTAMIENTO	3
DEFICIT COGNITIVO	3
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO	1
DENTRO DE LIMITES NORMALES	6

NIÑOS REMITIDOS 447 NIÑOS ATENDIDOS 77

SEDES BCD

COLEGIO TRINIDAD CAMACHO PINZÓN			
ESTUDIANTES IDENTIFICADOS PARA REMISION POR NEE			
SEDE	GRADO	NOMBRE	CONTACTO
El cable	3	MATIAS DAVID LOPEZ HAMBURGER	3011599024
El cable	3	MILAN STICK GONZALEZ HOLGUIN	3185396505
La Palma	1	JACKSON JESUS VARGAS MOSQUERA	3228020801
La Palma	1	DEIBER SAMUEL JIMENES PEÑA	3174783890
La Palma	1	ANDRES FELIPE PEÑA MORENO	3174783890
La Palma	2	JHOAN QUIROGA MORALES	3227229840
La Palma	2	DEYMAR SANTIAGO JIMENEZ PEÑA	3175074864
La Palma	3	YERY DAVID HERNANDEZ PINEDA	3212441795
La Palma	3	LUI DANIEL CASTILLO MOGOLLON	3144035880
La Palma	3	EMILY SHARID BURGOS DIAZ	3202391034
La Palma	4	JOHAN SEBASTIAN MATEUS VARGAS	3214760780
La Palma	5	EDWIN ESTEBAN BELTRAN LARA	3214469686
La Palma	5	DYLAN JARED AGUILAR QUIROGA	3105791691
La Palma	5	JOSEP YADIEL AGUILAR QUIROGA	3105791691
La Palma	5	DILAN NOE VARGAS MOSQUERA	3102219219

SEDE A PRIMARIA

COLEGIO TRINIDAD CAMACHO PINZÓN				
ESTUDIANTES IDENTIFICADOS PARA REMISION POR NEE				
SEDE	GRADO	NOMBRE	CONTACTO	ACUDIENTE
A mañana	PREESCOLAR	JUAN ESTEBAN ARIZA PEÑA	3214378485	
A mañana	PREESCOLAR	JESUS ELIAS BAYONA CARDENAS	3112743342	
A mañana	PREESCOLAR	JULIAN ALEJANDRO CAMACHO CESPEDES	3118036043	
A mañana	PREESCOLAR	DEIF SEBASTIAN GARCIA GONZALEZ	3132703734	
A mañana	PREESCOLAR	ERICK JOHAN GONZALEZ HOLGUIN	3185396505	
A TARDE	PRIMERO	DENNY ISABELLA VARGAS MALAGON	3106556348	
A TARDE	PRIMERO	SAMUEL CASTRO VILLALOBOS	3142948870	
A TARDE	PRIMERO	HIAN SMITH VILLARRA	3175481925	
A TARDE	PRIMERO	JACKSON FELIPE VILLAMIZAR	3223779720	
A TARDE	PRIMERO	DANIEL GONZALEZ GONZALEZ	3162863745	
A TARDE	PRIMERO	XIMENA ELIZABETH CHACON GUZMAN	3123263730	
A TARDE	PRIMERO	MARIANA GALEANO RIVERA	3232419906	
A TARDE	PRIMERO	SAMARA	3232538897	
A TARDE	PRIMERO	ALISSON HERREÑO	3102152013	
A TARDE	PRIMERO	YOFER MANUEL LOBO MENDOZA	3214480513	
A MAÑANA	SEGUNDO 1	IVAN DAVID GONZALEZ CASTILLO	3216430083	
A MAÑANA	SEGUNDO 1	MELANIE SOFIA LANDINEZ FONSECA	3193449306	
A MAÑANA	SEGUNDO 1	HEINER SANTIAGO MATEUS	3117487554	
A MAÑANA	SEGUNDO 1	JHON SEBASTIAN FONTECHA	3203661473	
A MAÑANA	SEGUNDO 2	DEIVID SAMIR AVILA GIL	3212459757	
A MAÑANA	SEGUNDO 3	LUCIAN JESSEL BURBANO DIAZ	3103037714	
A MAÑANA	SEGUNDO 4	JUAN CAMILO JIMENEZ AGUILAR	3212296443	
A MAÑANA	SEGUNDO 5	ANDREA MILENA PRIETO LASSO	3138810302	
A MAÑANA	SEGUNDO 6	XIMENA YAHAIRA QUIROZ RIVERA		
A MAÑANA	SEGUNDO 7	ASHLY SALOME SUAREZ CASTAÑEDA	3115635590	
A MAÑANA	SEGUNDO 8	NICOLAS VARGAS BOHORQUEZ	3142146210	
A MAÑANA	SEGUNDO 9	MONSERRATH ARDILA MOSQUERA	3173772241	
A MAÑANA	SEGUNDO 10	DYLAN MATHIAS BOREGO VELASCO	3115862033	RAFAEL ANTONIO BORREGO BAYONA
A MAÑANA	SEGUNDO 11	IAN SANTIAGO BORREGO VELASCO	3115862033	RAFAEL ANTONIO BORREGO BAYONA
A MAÑANA	TERCERO	EMILY ARIZA AGUILAR	3209871798	
A TARDE	TERCERO	SAIDY LUCIANA OCAMPO	3185774240	
A TARDE	TERCERO	JUAN JOSE RIVERA	3108877308	
A TARDE	TERCERO	ERIC SEBASTIAN VELASCO	3209783583	
A TARDE	TERCERO	MELANIE MADAY VIRVIESCAS	3138387971	
A MAÑANA	CUARTO	JUAN JOSUE PEÑA PLAZAS	3203708252	DGT
A MAÑANA	CUARTO	ANDI SEBASTIAN TELLEZ CADENA	3205688306	DGT
A MAÑANA	CUARTO	ANDRES FELIPE GAMBA PARADA	3173804351	
A MAÑANA	CUARTO	MARIA JOSE MARTINEZ RODRIGUEZ	3125680770	
A MAÑANA	CUARTO	MATIAS PEÑA VILLAMIL	3204774737	
A MAÑANA	CUARTO	JERONIMO RAMOS FAJARDO	3114632028	
A MAÑANA	CUARTO	SAMUEL ALEJANDRO RODRIGUEZ FUENTE	3212077080	
A MAÑANA	CUARTO	ANA LAURA BARRERA TORRES	3213372567	
A TARDE	CUARTO	KEVIN ALBEIRO BARRETO ROA	3134115940	
A TARDE	CUARTO	LIAM MATIAS BALLEN VARGAS	3208974395	
A MAÑANA	PRIMERO	CAMACHO FONTECHA RONALD DAI	3118196848	
A MAÑANA	PRIMERO	FRANCO PEÑA LOREN SOFIA	3106095808	
A MAÑANA	PRIMERO	GAMARRA ORTIZ JULIA EVANLLELY	3105871258	
A MAÑANA	PRIMERO	GONZALEZ SEDANO SANTIAGO	3107446083	
A MAÑANA	PRIMERO	MARTINEZ TORRES EMMANUEL	3219567566	
A MAÑANA	PRIMERO	MATEUS BERRIO CAROLINA	3126782974	
A MAÑANA	PRIMERO	MOSQUERA SIERRA JIMMY SANTIA	3229541300	
A MAÑANA	PRIMERO	QUINTERO BECARIA KEYLEB SIMON	3132649070	
A MAÑANA	PRIMERO	RODRIGUEZ CUBILLOS SANTIAGO	3015598247	
A MAÑANA	PRIMERO	VAREÑO RUIZ SHARITH STEFANNY	3203661473	
A	5-1 MAÑANA	AGUILAR AGUDELO LUIS ALEJANDRO	3137339334	
A	5-1 MAÑANA	ARIZA VANEGAS JEIMS LEANDRO	3507265822	
A	5-1 MAÑANA	BARRERA MONCADA THOMAS FELIPE.	3133856860	
A	5-1 MAÑANA	BUENAHORA ANTOLINEZ JUAN JOSE	3107603362	
A	5-1 MAÑANA	DIAZ CONTRERAS YARITH VALERIA	3219106609	
A	5-1 MAÑANA	ESPITIA BERBESI EMMANUEL	3123067507	
A	5-1 MAÑANA	FORERO SOLER SANTIAGO	3105726137	
A	5-1 MAÑANA	GAONA ALARCON JORGE ANDRES.	3146947933	
A	5-1 MAÑANA	GONZALEZ FORERO SANTIAGO EMANUEL	3103148517	
A	5-1 MAÑANA	GUERRERO SAENZ DANIEL SANTIAGO	3177990728	
A	5-1 MAÑANA	GUERRERO TOLOZA SELENA	3102819312	
A	5-1 MAÑANA	LIZARAZO DIAZ JUAN DAVID	3222957491--3105632789	
A	5-1 MAÑANA	NAVARRO MORALES KEVIN ALEXANDER	3229229736 --- 3227333303	
A	5-1 MAÑANA	NIÑO VARGAS DAVID ANDRES	3117487554	
A	5-1 MAÑANA	OSORIO VARGAS JOSUE MILAN	3226086508	
A	5-1 MAÑANA	PATIÑO BALLEN SARA MILAY	3209492399	
A	5-1 MAÑANA	PINEDA RIVERA THIAGO DAVID	3102354006	
A	5-1 MAÑANA	QUIROGA NARANJO DANIELA	3152080717	
A	5-1 MAÑANA	RUIZ LOPEZ DAVID ANTONIO	3114965152	
A	5-1 MAÑANA	SANCHES MATEUS MARLON ANDREY	3123443147	
A	5-1 MAÑANA	TELLEZ CADENA JOJAN SAMIR	3205688306	

SEDE A SEXTO SEPTIMO

COLEGIO TRINIDAD CAMACHO PINZÓN				
ESTUDIANTES IDENTIFICADOS PARA REMISION POR NEE				
SEDE	GRADO	NOMBRE	CONTACTO	ACUDIENTE
SEDE A	6 1	GONZALEZ CASTAÑEDA EMANUEL	3212922703	ANDERSON GONZALEZ MEDINA
	6 2	KEVIN SANTIAGO PEDRAZA PEÑA	3218041451	YESENIA PEÑA GOMEZ
	6 3	SHAIRA GONZALEZ DUARTE	3203930933	JACQUELINE DUARTE SUAREZ
	6 3	JULIAN ESTEBAN GRANDAS FLOREZ	3103178961	OSCAR ANDRES GRANDAS ARIZA
	6 3	KAROL MICHEL PINEDA SANCHEZ	3118003125	ELIAS PINEDA
	6 3	ISABELLA DIAZ ROZO	3175489073	LILIANA ROZO MARIN
	6 3	DAVID SANTIAGO MENDOZA HERNANDEZ	3124859958	OLGA LUCIA MENDOZA HERNANDEZ
	6 4	GERSON SMITH CARDENAS BALLEN	3232530151	YURANY BALLEN PATIÑO
	6 4	JUSTIN BIEBER RUIZ LIZARAZO	3203226641	GLORIA ESPERANZA LIZARAZO
	6 4	CARLOS JULIAN MEDINA CORTES	3102370968	BRIYITH CORTES BARRERA
	6 4	IVIS ADRIANAAGRESOTT ROMERO	3114295499	YULIES CECILIA ROMERO
	6 4	DAVID SANTIAGO GUZMAN VASQUEZ	3177080444	JUDITH VASQUEZ
	6 4	JUAN JOSE VIASUS VALENCIA	3209408162	MARIA FERNANDA VALENCIA
	6 4	JHOSE DAVID COY HERREÑO	3229750549	BLANCA JASMITH HERREÑO
	6 4	CHRYSTOPHER DAVID GONZALEZ CASTAÑED	3212922703	ANDERSON GONZALEZ
	7 1	LUIS SANTIAGO AMADO QUINTERO	3208614089	MARIA MARLEN QUINTERO
	7 1	DEIMER ALEJANDRO RUIZ GONZALEZ	3115815066	YESICA NATALIA GONZALEZ
	7 1	SHAIRA VANESSA URUEÑA OSPINA	3176189564	MARIA CELESTE OSPINA
	7 1	JANNER JOHAN LANCHEROS	3123875966	ERICA PAOLA COMBITA
	7 2	MARTIN ALBERTO CAMACHO CHAPARRO	3204926105	YULIETH TATIANA CHAPARRO
	7 3	MAYCOL ESTYD VELASCO BARBOSA	3125904910	DIANA CAROLINA BARBOSA
	7 4	SEBASTIAN CAMILO CARREÑO CASTELLANOS	3118907498	DIANA JULIETH CASTELLANOS
	7 4	YURLEY XIOMARA PEÑA ARDILA	3209852736	ALBA YAZMIN ARDILA
	7 4	ADRIAN FELIPE CAMACHO SAAVEDRA	3105889492	ROCIO CAMACHO SAAVEDRA
	7 5	ALLISON ARROYO MOSQUERA	3227774264	YULY MILENA MOSQUERA
	7 5	JUAN DIEGO MACANA NIÑO	3213863380	DORA MILENA NIÑO
	7 5	EMERZON DAVID PEÑA VARGAS	3112343109	DAVID RICARDO PEÑA
	7 5	JHONYER JHANLEYDER PINZON PEÑA	3168473229	ZORAIDA PEÑA
	7 5	EMANUEL DAVID RUGE QUIÑONES	3012382389	LURGUY QUIÑONEZ

SEDE A OCTAVO NOVENO

COLEGIO TRINIDAD CAMACHO PINZÓN				
ESTUDIANTES IDENTIFICADOS PARA REMISION POR NEE				
SEDE	GRADO	NOMBRE	CONTACTO	ACUDIENTE
A	8 1	ALLISON JOHANA CUBILLOS BARRETO	3185629806	ALEXIS CUBILLOS
	8 1	JUANA SOFIA FONSECA HENAO	3204892617	DAYAN YELICSA HENAO
	8 1	NICOL SOFIA SALGADO SUÁREZ	3132673702	MILDREY ANDREA SALGADO
	8 2	JOSEPH STIVEN AGUILAR JIMENEZ	3168637472	MARYURY MILENA JIMENEZ
	8 2	ISABEL VALENTINA BENITEZ VELASCO	3142839327	GRACIELA VELASCO RUIZ
	8 2	MARIANA DIAZ PEÑA	3212345512	ANA MARIA PEÑA
	8 2	LAUREN FAJARDO GUIZA	3204133477	MARIA EUGENIA GUIZA
	8 2	EDER FARITH GAMARRA ORTIZ	3105871258	ALBA BIBIANA ORTIZ
	8 2	KAREN MELIZA GUIZA LOPEZ	3204746573	JESSICA LORENA LOPEZ
	8 2	ANTONY HERREÑO RIVERA	3102648541	MARIA SOLANYI RIVERA
	8 2	LEIDY PAOLA JAIMES SANTAMARIA	1099212430	JENY PAOLA JAIMES
	8 2	MARIAN DALLANA CONTRERAS BARRIOS	3138476958	CARLOS JULIO CONTRERAS
	8 3	DULCE MILAGROS ARIZA	3175671008	MARIA FERNANDA MAGON
	8 3	JULIAN ESTEBANAYALA CASTRO	3203850309	TANIA ELIZETH AYALA
	8 3	DEYBER ANDRES CAMACHO PINZON	3128849736	MARIEN OMAIRA PINZON
	8 3	SERGIO ALEJANDRO DIAZ SAENZ	3114699367	LINA PATRICIA SAENZ
	8 3	JUAN SEBASTIAN LUGO RIVERO	3229009298	ADRIANA MARCELA RIVERO
	8 3	JUAN PABLO FLECHAS DUARTE	3138993948	ZULAM FLECHAS
	8 3	EILEEN MARIANA RODRIGUEZ CAMACHO	3224791704	DEISY CAMACHO
	8 3	SHERID TATIANA MENDIVELSO DIAZ	3144675162	KAREN LIZETH DIAZ
	8 4	FABIAN ANDRES DELGADO RUEDA	3142940742	IBETH RUEDA
	8 4	THAYRA MICHEL GIRALDO MATEUS	3118236435	KELLY MATEUS
	8 4	MELANY HERNANDEZ NIEVES	3104420792	MARTHA LUCIA HERNANDEZ
	8 4	SARITH YULIETH PRADA DIAZ	3108673703	YANILE DIAZ
	8 4	OVEIMAR ARTURO SOLANO SARMIENTO	3212036148	VERONICA SARMIENTO
	8 4	JUAN ANDRES TELLEZ CADENA	3205688306	MILENA CADENA
	8 4	CAROLI DAYANNA ANGULO PICHICA	3138494327	EVELIA PICHICA
	9 1	AGUILAR VELASCO DEBBIE YULIAN	3133479411	OLGA LUCIA VELASCO
	9 1	BALLESTEROS LIZARAZO JUAN DAVID	3128953886	JEIDY JOHANA LIZARAZO
	9 1	TIFFANY LORENA BERNAL CASTRO	3118122000	ERICA LORENA CASTRO
	9 1	NICOLAS CUBIDES SOTOMONTE	3127414900	ERIKA SOTOMONTE
	9 1	BRANDON STIVEN FONTECHA FLOREZ	3128583746	JEIMY FLOREZ
	9 1	CHRISTOPHER ESTEBAN GUIZA GONZALEZ	3112230568	VIVIANA PAOLA GONZALEZ
	9 1	LADYS ROCIO JIMENEZ TORRES	3507474534	NARARITH JIMENEZ
	9 1	DANIEL FERNANDO SILVA HERNANDEZ	3138229432	TERESA SILVA
	9 2	YULIETH ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ	3222869944	DEYANIRA RODRIGUEZ
	9 2	ERICA MORALES SANABRIA	3054701100	JOSE LEONARDO MORALES
	9 2	KEYNER DUVAN MURCIA CASTELLANOS	3126251706	ROSA CASTELLANOS
	9 2	ALEXA ISABELLA PEREIRA JIMENEZ	3165614251	OFIR JIMENEZ
	9 2	THOMAS ALEJANDRO SOSSA GIL	3134542016	YOHANA GIL
	9 3	JEISON FERNANDO ROJAS GONZALEZ	3123140490	MARIA FERNANDA GONZALEZ
	9 3	GENNY TATIANA VANEGAS LEGUIZAMON	3173892679	MARIA RAQUEL LEGUIZAMON

SEDE A DECIMO

COLEGIO TRINIDAD CAMACHO PINZÓN				
ESTUDIANTES IDENTIFICADOS PARA REMISION POR NEE				
SEDE	GRADO	NOMBRE	CONTACTO	ACUDIENTE
A	101	AGUILAR JIMENEZ OSCAR ANDRÉS	3142659715	YANILE JIMENEZ
A	101	AMAYA COY LUIS JOSE	3124509498	DALILA COY
A	101	CASTAÑEDA SUAREZ MANUEL ALEJANDRO	3138322170	DAVID CASTAÑEDA
A	101	VELASCO GIRALDO ANGELA SIRLENY	3133745254	KATERINE GIRALDO
A	102	GOMEZ SANABRIA JORGE ORLANDO	3218615888	TERESA SANABRIA
A	102	POVEDA FORERO SERGIO NICOLAS	3124395998	DORA MILENA FORERO
A	102	RUBIANO BOHORQUEZ ANDRES FELIPE	3213793393	MARIA MILENA BOHORQUEZ
A	103	AVILA RODRIGUEZ MABED YULIANA	3123439003	LEONOR RODRIGUEZ
A	103	BOLAÑO GALVAN JORGE ANDRES	3118021372	LINA PAOLA GALVAN
A	103	DIAZ ULLOA DEIVER ADRIAN	3138619125	LUZ ANDREA ULLOA
A	103	LOPEZ ROCHA MICHAEL	3102475497	YAZMIN LOPEZ
A	103	PEÑA CASTELLANOS MARIA JOSE	3185444790	DIANA DEL PILAR CASTELLANOS
A	103	PLATA ARIZA JORGE LUIS	3134843334	ALSY ARIZA
A	103	VARON MATEUS EYELEN	3219017880	CLAUDIA MATEUS

DATOS DE LOS NIÑOS PARD

NOMBRE DEL MENOR	TELEFONO PROGENITORA	NOMBRE DEL FAMILIAR
MILAN ESTEFAN ZEA PEÑA	3134381192	YARITH MISHEL CASTAÑEDA
JOHAN MATO CASTAÑEDA	3213765616	
LOREN MARIANA Y THOMAS ALEXANDER CANCELADO	3202345518	MARIA ELVIA CAMCELADO
SANTIAGO CAMACHO PLAZAS	3118063674	
JUAN PABLO Y CARLOS FERNEY HERNANDEZ MENDOZA	3118870720	BRAYAN ALEXANDER HERNANDEZ
ANA SOFIA MORENO	3142861503	MARIA EUGENIA MORENO NIÑO
MARIA JOSE SANCHEZ RODRIGUEZ	3219615726	MARISOL RODRIGUEZ CABEZAS
MARIA JOSE RABA SAENZ	3108067119	ANGELA SANTAMARIA
MARLIN CAROLINA CEPEDA	3227790474	MARTIN OVIEDO
DOMINGO PINZON LOPEZ	3134810785	
MARIA PAULA PARRA MARTINEZ	3138506872	
FERNANDA RESTREPO ZAPATA	3218006870	
CHANIA LEONEL Y ANIADRA MERCADO GEREZ	3209346300	
YEISI MORALES VARGAS	3187309976	
EMY ARIZA AGUILAR	3209871798	
ANDRES CAMILO ALVAREZ VERGARA	3206597225	
SARA SOFIA MONCADA	3103060281	
MANUEL FELIPE PARRA	3227496437	
NASLYJULIANA FRANCO PAEZ	3212699370	
EMMANUEL CALVO BRIAN SNEIDERCARRERO AMADO	3125396958	
MELANY HERNANDEZ	3219382101	
EMELY SOFIA DIAZ	3214463836	
ELIOTA CASTAÑEDA Y IXELSAMAR CASTAÑEDA	3229508189	
JUAN NICOLAS Y ANDREY FELIPE HERNANDEZ	3232382317	KENDER HERNANDEZ GOMEZ
YOGUAUR CAMILO PATIÑO	3125233121	
DANNA LUCIA Y MELANY SAMANDA DIAZ REYES	3004284581	
KEINER ZARAY PINZON	3222123994	
NELSO JESUS PULIDO GERENA	3222123994	

DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES

Código: TH-F-002	Versión:	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA: Valoración Por Psicología	**OBJETIVO:**		**FECHA DEL EVENTO:** 05 / Diciembre / 2024	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	GENERO F / M	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Jair Stiven Rodriguez Martinez	1050697944	M	Psicología	Estudiante	3102790320		
2	Ana Esperanza Sanchez	462 1099211	F	psicologia	Estudiante	3188334928		
3	Zaneth Luciana Mercado	1129 311	F	Psicología	Estudiante			
4	Mariana Garcia	1102 1552	f	Psicología	Estudiante			
5								
6								
7								
8								
9								
10								

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL PROFESIONAL:	

DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES

Código: TH-F-002	Versión:	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACIÓN: 18-09-2023
TEMA: Vacación Por Psicología	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO: 05-12-2023	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	GENERO F / M	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Geronan David Ariza	1096483885	M	Psicología	Estudiante	3209018137		
2	Johan Steide Roa	1094223687	M	Psicología	Estudiante	3223647523		Erika Melo
3	Daniela Hernandez B	1090440775	F.	Psicología	Estudiante	3184247139		
4	Andres Felipe Suarez S	1099217	M	Psicología	estuante	3004760		Diana carolina
5	Alyn Camila Benitez V	1094206100	F	Psicología	Estudiante	3138539		
6	Juan David Barón	1617586	M	Psicología	Estudiante	3135255812		
7	Jeiron sandrei	3043247099955	M	Psicología	Estudiante			Judeini
8	Angie Zanneth obaya Vargas	1.101.755.908	F.	Psicología	Estudante	3205709454		
9	Dana Melisa Sanchez S.	1102 489.672	F	Dsicología	Estudiante	3135236887		María Alfonso
10	Dayana Lizeth Cabrera	1094266013	F	Ps.cob9.9	Estudiante	3207297		Sneider Cortes
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL PROFESIONAL:								

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

TEMA: Valoración Por Psicología | OBJETIVO: | FECHA DEL EVENTO: 09-12-2024

No	NOMBRES	IDENTIFICACION	****	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Dana Melisa Sánchez S	1102489672	Psicología	Estudiante	3133235887		María Alejandra
2	Cherid Yarid Cubides Sedano	1077187050	Psicología	Estudiante	3166802913		
3	Andres Felipe Pardo	1028893071	Psicología	Estudiante	3113408642		Emilio G
4	Geiden Geronimo Rojas charry	1092773578	Psicología	estudiante	3224096505		Rodacharry
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-07-2023
TEMA:	OBJETIVO:	FECHA DEL EVENTO:		

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:	

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA: Valoración Por Psicología	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO: 09-12-2024	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	×××	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Dianna valentina Sarmiento Castro	1094216381	Psicología	estudiante	3105854152	dianelacastro@ucatolica.edu.co	
2	Maricela Martinez Garnica	37392[illegible]	Psicología	madre	3108196420		Maricela
3	Daniela fernanda Hernandez	1090408175	Psicología	estudiante	3124227215		Daniela
4	Santiago De Jesús Aldana Sanchez	5203396	Psicología	Estudiante	3125862087	Yhr.santiagoja@gmail.com	
5	German David Ariza M	1096.483.515	Psicología	Estudiante	320.904.637		German
6	Iran Yk Gamba Sierra		Psicología	Estudiante	311 495 3907	Yeiner.5@hotmail.com	
7	Samuel David Diaz Quiroga	1092187168	Psicología	Estudiante	3153418844	mariaquiroga@hotmail.com	
8	Sara Lucia Palomino Plata	1150437788	Psicología	Estudiante	3134132647		Sara
9	Alessa Marina Guarate Herrera	7784795	Psicología	Estudiante	3214080188	dussguarate@gmail.com	
10	Johan camilo niño diaz	1099-27705	Psicología	estudiante	3132148952	lauronino345@gmail.com	

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-0[illegible]-2023
TEMA:	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:	

DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES

Código: TH-F-002	Versión:	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA: Valoración Por Psicología	**OBJETIVO:**		**FECHA DEL EVENTO:** 11-12-2024	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	GENERO F / M	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Reyker Samuel Rojas	1072713517	M	Psicología	Estudiante	3204094895		
2	Mariajose sanches B	1099214526	F	Psicología	estudiante	3219615726		
3	Maria jose Ealo Sanz	1035572816	F	Psicología	Estudiante	3108067184		
4	Juan Felipe Pardo Guio	1099219543	M	Psicología	Estudiante	3144782576		
5	Santiago Camacho Plaza	1014740102	M	Psicología	Estudiante	320 4808810		
6	Darickson Joel	1099214316	M	Psicología	Estudiante	3114302458		
7								
8								
9								
10								

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL PROFESIONAL:	

DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES

Código: TH-F-002	Versión:	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA: Valoración Por Psicología	**OBJETIVO:**		**FECHA DEL EVENTO:** 1-12-2024	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	GENERO F / M	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Sareey Brijith ariza	77:8696 4002.	F.	Sipcologia	Estudante	3273202568		Yarmary Fore
2	AILYN CAMILA BENITEZ A.	1006900	F.	SiPCOlogia	Estudiant	3138549		
3	Yoir Stiven Rodriguez Maltaez	1006	M	Sipcologia	estudiante	3208190420		Marcela Maldonado
4	Maria Isabella Rincón Pinzón	1047679614	F	Psicologas	Estudiante	3208294074		Yurmin Pinzon
5	Yerman David Ariza	1096	M	Psicologia	Estudiante			
6	ESTIBEN ALEJANDRA	1024530	M	Psicologia	estidiante	3113748542		Esteban
7	Yoan Sebastian Gamboa Sierra	59 59957	M	Psicologia	Estudiante	3114153909		Yoan Gamboa
8	ANDRES Felipe suarez S	1099211	M	Psicologia	Estudiante	3004		Diana carolina S
9	milena elizabeth villa		M	Psicologia	Estudiante	3152		Juan Felipe
10	Sara Lizeth Palomino P.	1150437	F	Psicologia		3139370117		Sandra Patricia
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL PROFESIONAL:								

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-0[illegible]-2023

TEMA: Valoracion Por Psicologia — OBJETIVO: — FECHA DEL EVENTO: 12-Dic-2024

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Thomas Alexander Moreno Cancelado	1076654154	Psicologia	Estudiante	3002745677		Laura Arita
2	Samuel David Ariza Quiroga	1049818968	Psicologia	Estudiante	3553486649	lauracamila.ariza.quiroga@gmail.com	Tatiana Gomez
3	Juan Nicolas Hernandez Gomez	1099214745	Psicologia	Estudiante	3232382317		Johana Amado
4	Emanuel Javier Cdyo Amado	1030[illegible]669	Psicologia	Estudiante	3253[illegible]8		Johana Amado
5	Brian sneyder Carrero Ando	1099277666	Psicologia	Estudiante	3[illegible]		Tatiana G
6	Andrey felipe Hernandez Gomez	1099216421	Psicologia	Estudiante	3232382312		Tatiana Gomez
7	Kevder Samuel Hernandez Gomez	1130099218 1099215936	Psicologia	Estudiante	3252382357		Luz Angela Vargas
8	Luzis migele ARSila vargas	1099215936	Psicologia	Estudiante	3196259759		FERNANDA
9	Ligia Fernanda Arria Lopez	52970999	Psicologia	Estudiante	3117462719	ligiafechita20@gmail.com	Johan Osorio
10	Johan David Fajardo Osorio	1030197[illegible]	Psicología	Estudiante	3046[illegible]	angie2328@gmail.com	

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

TEMA:	OBJETIVO:	FECHA DEL EVENTO:

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Angie Zanneth Obaya Vargas	1.101755908		Estudiante	3205709454		
2	Jhon Emmanuel Cortazar Forero	1053341086		Estudiante	3217833635	Milenita.92@hotmail.com	
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA: Terapia fisica		OBJETIVO:	FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Maricela Martinez Garnica	1098208949		Ama de casa	3208940820		MaricelaMartinez
2	Yuri Reyes Cuñarales	1093911529		Amadecasa	3124947135	YuriReyes289 @gmail.com.	Yuri Reyes
3	Santiago De Jesus Aldana Sanchez	5207396		Estilista	3125822086	Yis.y.santiago@Gmail.com	
4	Aron Li Gamba Sierra			Estudiante	311495 3903	YurerisDelgado @Gmail	Aron Li Gamba
5	Danna valentina Sarmiento Castro	1089213195		Estudiante	3105854152	danielacastroagcarroga@gmail.com	
6	Sara Lizeth Palomino Plata	1150437788		Estudiante	3134137097		Sandra Plata
7	Samuel David Arza Quiroga	1094206946		Estudiante	3123416043	mayralquiroga@hotmail.com	Mayral. Q
8	Alessa Marines Guarnetteriz	784295		Estudiante	3224080188	alesaguarnte@gmail.com	
9	Heider Francisco Fonseca	1150437 684		Presidenta	3115241255		Del Heliliana
10	Maria Fernanda Afanador S.	1102.488.106		Ama Casa	3153236583		Maria Afanador

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-0[illegible]-2023

TEMA:	OBJETIVO:	FECHA DEL EVENTO:

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Geronimo Roja Charry	1072973578		estudiantes	3224096595	charry contreras@a	Pada charry
2	Samuel Roja charry	1092973577		estudiante	3224096595	charrycontreras@a	Pada charry
3	Johan camilo alarcón niño	1-099.277.015		estudiante	3132748352	louian inc345@gmail.com	LAURA N.
4	Thomas Alexander Moreno Camacho	1076654[illegible]		estudiante	3004245677		
5	Loren Mariana Moreno C	1145925286		Estudiante	3219504[illegible]	lorenmorenocamacho2@gmail.com	Loren
6	Miryam Rocío Ariza H	28034565		Estudiante	3209016137		
7	María Isabella Rincón Pinzón	1097639614		Estudiante	3108294974	luispinzon0515@gmail.com	
8	Estiven Alejandro	1074530557		estudiante	3113948642		Emilce
9	Andres Felipe parda	1028883071		estudiante	3113948642		Emilce
10	AILYN CAMILA BENITEZ A.	1094706906		ESTUDIANTE	3214257592		
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:							

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Codigo: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA: Terapia Fisica	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACION	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Horio Hueja Escalada	2 0290245		ama de casa	3202340510		
2	Melany Samantha Diaz Reyes	1033825192		Jefe de cocina	3057888388	lauradiaz2327@gmail.com	Laura Reyes
3	Dana Lucia Diaz Reyes	1.092183245		Jefe de cocina	3052908388	lauradiaz2327@gmail.com	Laura Reyes
4	Andrey Felipe Hernandez Gomez	1099216421		oficios varios	3232382347	tatianaGomez454@gmail.com	Tatiana G.
5	Juan Nicolas Hernandez Gomez	1099214745		oficios varios	3232382347	tatianaGomez454@gmail.com	Tatiana G.
6	Kender Samuel Hernandez Gomez	1130044218		oficios varios	3232382347	tatianaGomez454@gmail.com	Tatiana G.
7	Johan David Fajardo Ospina	1030197312		ama de casa	3216182598	[illegible] @gmail.com	
8	Ligia Fernanda Ariza Lopez	52979979		Enfermera	3137462199	ligiafachtriza@gmail.com	
9	Santiago Diaz Ariza			Estudiante	3112462219		
10	Matthew Ferreira Velasquez	1099985977		Estudiante	3122056887		

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA:	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Milan stick Gonzalez Holguin			Estudiante	3183965855		
2	Sorey Bayith ariza Forero			Estudiante	3213288558		
3	Marisol Rodriguez C.	1099210152		Ama Casa	3219475926		
4	MARIA José Suarez Rodriguez.	1099284527		Estudiante	3209615226		
5	Reiner Samuel Rojas Chaparro	1127273577		Estudiante	3245428102		
6	Maria Paula Parra Martinez	1028940482		Estudiante	3139061		
7	Maria José Roba Sierra	1055525283		Estudiante	3105861119		
8	Santiago Camacho Plazas	1014 740102		Estudiante	3204		
9	...lorio Irene Osorio	1120211116		[illegible]	3114502473		
10	Cherid Yarid Cubides S	1099210252		Estudiante	3166802913		

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACIÓN Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-0[illegible]-2023
TEMA: Terapia fisica	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Mario Ramirez Bohorquez	4053822			3125038941	[illegible]	
2	Jhon Emmanuel Cataza F	1053[illegible]086		Estudiante	3[illegible]3635	Yileirita.92@hotmail	Claudia Forero
3	Luis Miguel Arcila Vargas	1099[illegible]456		Estudiante	3195257451		Vargas Luzano
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA:		OBJETIVO:	FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

TEMA: Terapia de lenguaje.

OBJETIVO:

FECHA DEL EVENTO: 12-dic-2024

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	****	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Jean Mariana Moreno Concelcab	M4595286	T. lenguaje	Estudiante	321 489 1067		
2	Thomas Alexander Moero	502.603.489	T. lenguaje	Estudiante	300 345 67		
3	Andrey Felipe Hernandez G.	1091216421	T. Lenguaje	Estudiante	3232325	Tatianag@gmail.com	Tatiana G.
4	Juan Nicolas Hernandez G.	1091214745	T. lenguaje	Estudiante	3232325317	tatianag@gmail.com	Tatiana G.
5	Kender Samuel Hernandez G.	1090 442218	T. lenguaje	Estudiante	3232325317	tatianag@gmail.com	Tatiana G.
6	Emanuel Javier Colon Arnedo	1091441664	T. lenguaje	Estudiante			Johany Arnedo
7	Jhon Emmanuel Cortazar	1091210576	1053540086	Estudiante	3217833635	milenito.9c@gmail.com	Claudia Forero
8	Jonan David Fajardo Ozuna	1090197746	T. lenguaje	Estudiante	3216187598	angie.2609@gmail.com	Angie Ozuna
9	Angie Zamantha Olaya Vargas	1101755988	T. lenguaje	Estudiante	3205109454		Angie Olaya Vargas
10	Kris Arcila	1099215466	T. lenguaje	Estudiante	3115257451		Luz Angela Vargas

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-0[illegible]-2023

TEMA:	OBJETIVO:	FECHA DEL EVENTO:

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:	

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

TEMA: T. ocupacional | OBJETIVO: | FECHA DEL EVENTO: 11-12-2024.

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Atlyn Camila Benitez Aguilar	1099206900			3214753592		
2	German David Ariza Ariza	1096483815			3209018137		
3	Maria Isabella Rincón Pinzón	1.097.63.964			3208294074		
4	Aron Ali Gamba Sierra	5939957			3114953107		
5	Sareey Briyith Ariza f.	1.186.961.092			3213202568		
6	Milan Stick Gonzalez H				3183965305		
7	Maria Jose Sanchez Rodriguez	1099214527			3219615726		
8	Sara Lizeth Palomino P.	1.150.437.768			3134137047		
9	Andres felipe Suarez S.	1099217345			3004760068		
10	Reiker Samuel Rojas C	1.072.713.587			3204945946		

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA:	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:	

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACIÓN Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

TEMA: T. Ocupacional | OBJETIVO: | FECHA DEL EVENTO: 11 - 12 - 2024

No	NOMBRES	IDENTIFICACION	****	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Maria José Raba Saenz	1.055535243			3108267119		
2	Alesso Marines Gaviate H	7784295			3224080188		
3	Santiago Camacho Plazas.	1014740102			3204808810		
4	Sara Sofia Moncada Aguilar	1097993688			3103060881.		
5	Cherid Yarid Cobides Sedano	1099277250			3166822913.		
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

TEMA:	OBJETIVO:	FECHA DEL EVENTO:

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:	

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

TEMA: T. Ocupacional

OBJETIVO:

FECHA DEL EVENTO: 09 - 12 - 2024

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	EDAD	CARGO / OCUPACION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Hair stiven Rodriguez M.	1.050.618.799			3108790710		
2	German David Ariza Ariza	1.096.488808			3209012837		
3	Danna Valentina Sarmiento C.	1.096216381			3105354152		
4	Daniela fernanda Hernandez R.	1.090.440.775			3142137135		
5	Santiago de Jesus Aldana Santiago	520796			3125068087		
6	Sara Lizeth Palomino P.	1.150.459.788			3134137047		
7	Samuel David Ariza Quiroga	1.099218768			3153486674		
8	Alessa Haines Guarate H.	7784295			3224080188		
9	Johan Camilo Alarcon Niño	1.099.219.015			3132748352		
10	Danna Melisa Sanchez S.	1.102.489.672			3133236887		

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 16-0[illegible]-2023
TEMA:	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:	

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

TEMA: T. ocupacional | OBJETIVO: | FECHA DEL EVENTO: 09-12-2024

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	****	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Andres Felipe Pardo	0128893071			3113948642		Emilco
2	Estiven Alejandro Moreno	1024530557			3113943642		Emilce
3	Geronimo Rojas Charry	1079272578			3240946595		Padacharry
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA:	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:	

DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:
TEMA:	**OBJETIVO:**	
Valoracion Por neuropsicologia		

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN
1	Angie Tatiana Vargas	1101755908		estudiante
2	Maricela Maitnez Garcia	2099208949		mamá
3	Mario Tiene Osma R	4202146		Lab-clo
4	Maivis Gil			
5	Rivelino Garcia Ureta	1051286076		
6				
7				
8				
9				
10				

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL PROFESIONAL:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

TEMA:	OBJETIVO:	FECHA DEL EVENTO:
Neuropsicologia		

No	NOMBRES	IDENTIFICACION	AREA	CARGO / OCUPACION	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	yormary Forero Pinzón	1099253097	Neuropsicolo	panadera	3273202568		yormaryFo
2			Neuropsicolog				
3			Neuropsico				
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

TEMA:	OBJETIVO:	FECHA DEL EVENTO:

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:	

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-0[illegible]-2023
TEMA:	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA: Valoracion Neuropsicologia	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA Neuropsicolog	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Yazmin Pinzón	30206227	Cra 12 # 15-27	Ama de Casa	3208294074	Jazpinzón0515@gmail.com	
2	Alison daniela castro arriaga	1.069.213.855	Calle #805	empleada	3105854852	danielacastroarriaga@gmail.com	
3	Mayeli Quiroga Herreño	1069161866	Calle 15N	Empleada	3153486674	Mayiaquiroga@hotmail.com	Mayeli Q
4	Linda K Alvarez Carvajalino	1049438855	C116 16-23	Empleada	3143[illegible]	katerineblanco1995@hotmail	Linda A
5	Santiago de Jesús Aldana Sanchez	5207396	C116 11-38	Estilista	3125868087	Yinsysantiago@hotmail.com	
6	Sandra Prada	30205407		Ama de casa	3184137047	Platacidlasandra@hotmail.com	Sandra Prada
7	Delfa liliana Pinzón Q	37671388	Vivienda	Presidenta	3115444235		Pinzón Q Delfa liliana
8	LAURA MARCELA NIÑO D.	37671179	Bereja cristal	Ama de casa	3732148352	lauraniño0545@gmail	LAURA NIÑO
9	Cherid yarid Quintero S.	1018441245			3166202918		
10	emilce parada	37670530	Gaitán	empleada	3137488642		emilce
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:							

DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES

Código: TH-F-002	Versión:	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA: Valoracion Neuropsico	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	GENERO F / M	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	[illegible]	[illegible]	F	Neuropsicología	[illegible]	[illegible]		
2	Diana willes	56702 76	F	Neuropsicología		3709166813	Diana.willes5 219@gmail.com	Diana willes
3	[illegible]	[illegible]	F	Neuropsicología	Oficios Varios	[illegible]		
4	[illegible]	[illegible]	F	Neuropsicología	Ama de casa	[illegible]		[illegible]
5	Diana carolina Sanchez	1020722374	M	Neuropsicología	Ama de casa	[illegible]	Dicaro3an@gmail.com	Diana carolina Sánchez
6	[illegible]	[illegible]	M	Neuropsicología	Ama de casa	[illegible]		[illegible]
7	Erika Medina	[illegible]		Neuropsicología	OFICIOS Varios	3227647913		Erika Medina
8	[illegible]	[illegible]	F	Neuropsicología	oficios varios	[illegible]		[illegible]
9	Rocio Milena	[illegible]	F	Neuropsicología	Oficios varios	3188334281		Rocio Milena
10	Maria F. Afanador	[illegible]	F	Neuropsicología	OFICIOS Varios	[illegible]		Maria Afanador
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL PROFESIONAL:		1102488826						

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

TEMA:	OBJETIVO:	FECHA DEL EVENTO:

No	NOMBRES	IDENTIFICACION	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Loren Mariano Romero C.	1143925286	Neuropsicología	Estudiante	3244508682		
2	Maria Isabella Rincon Rincon	1047639614	Neuropsicología	Estudiante	3208294574		
3	Maisol Rodriguez C.	1099240152	Neuropsicología	ama de casa	3219615726		
4	Laura Sofia Gomez Ch.	7037737878	Neuropsicolo.	Estudiante	3240528702		
5	Nancy Paola Charry	1094704945	Neuropsicologia	Jardinera	3040945965		
6	Edwin Ali Gamba Sierra	5939967	Neuropsicolo	Estudiante	311495 3907		
7	Juanita Leon Concha		Neuropsicol.				
8							
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A VALORACION Y TERAPIA

Código: TH-F-002	Versión: 1	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 15-09-2023
TEMA: Valoración Neuropsicología	OBJETIVO:		FECHA DEL EVENTO:	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Laura Carolina Reyes Torres	1099217807	Neuropsicolo	Jefe de cocina	3052866388	Ramalucia2327@gmail.com	Laura Reyes
2	Laura Carolina Reyes Torres	1099217807	Neuropsicol	Jefe de cocina	3053808388	Ramalucia2327@gmail.com	Laura Reyes
3	Brian sneyder correa Ardo	1099217165	Neuropsicolog		32[illegible]6938	Jdvaraamado27@gmail.com	Jdvara Amado
4	Kender Samuel Hernandez G	1[illegible]	Neuropsicol		3232382317	tatianagomezhh1621@gmail.com	Tatiana Gomez
5	Juan Nicolas Hernandez G	1099214745	Neuropsicol		3232382317	tatianagomezhh1621@gmail.com	Tatiana Gomez
6	Andres Felipe Hernandez G	1099216421	Neuropsicol		3232382317	tatianagomezhh1621@gmail.com	Tatiana Gomez
7	Luis Arcila vargas 9	7.099215456	Neuropsic		3195257757		LuzArgola
8	Johan David Fajardo Ospina	1030197341	Neuropsicol		3046487598	anajc2568@gmail.com	Anajc Ospina
9							
10							

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:

DISXCAP S.A.S

REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES

Código: TH-F-002	Versión:	Fecha de Aprobación:	1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023
TEMA:	**OBJETIVO:**		**FECHA DEL EVENTO:**	

No	NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	GENERO F / M	AREA	CARGO / OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Estefania Alexandra C.	36164110 T.D.	F			3173096683	dianavilches274@gmail.com	Diana Vilches
2	Juan David Barreño Zafra	1091757204	M			3135255372 3135986912	pilarzafra83@gmail.com	
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL PROFESIONAL:								

REGISTRO FOTOGRAFICO
INTERVENCION TERAPEUTICA

ALCALDÍA MUNICIPIO DE BARBOSA

INFORME DE ACTIVIDADES

Proceso de Mínima Cuantía, propuesta presentada al municipio de BARBOSA SANTANDER, para la INVITACIÓN PÚBLICA No. BSA-MC-18-2024.

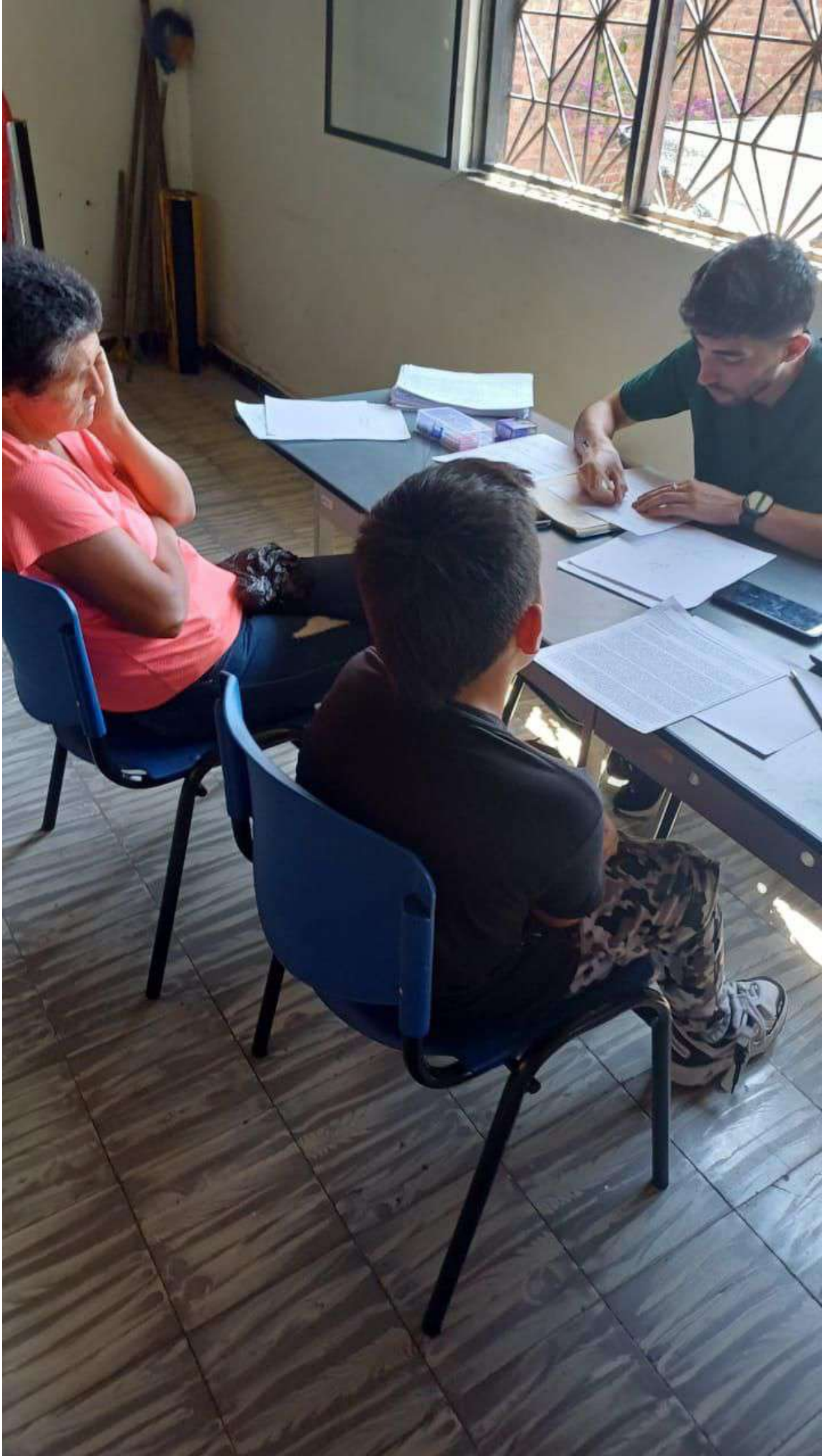



























CRISTAL













CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajuste a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, esta en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información especifica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 20 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 01-50

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Emmanuel Espitia Bertes.

Documento de Identidad Nº: 1094214022

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 20-12-2024

Hora: 09-50 Am

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 1094214022 046

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP
C.C. 1053349948

Testigo
C.C.

Tatiana Daniela Gómez
Cel. 321 223 50 43
PSICOLOGO
T.P. 248861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISACAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FO-GC	Version:	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Actualizacion: 30-09-2020

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Emmanuel Espitia Bedes **TIPO ID:** T.I **NUMERO:** 1092140022
FECHA DE ATENCION: 20-12-2021 **DX:** **HORA:** 10:10 Am
EVOLUCION 1: Paciente en buen estado de salud, Paciente Con la años de edad conducta asistencia Con acompañante Cuidador Para JOAN caso hipotesis ya que hay presencia de Ansiedad CIA,IB,IC,ID,IE,IF,IG,IH,IJ,ZA,ZB ZC,D se aplica test bender. finaliza sesión. Sin Complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

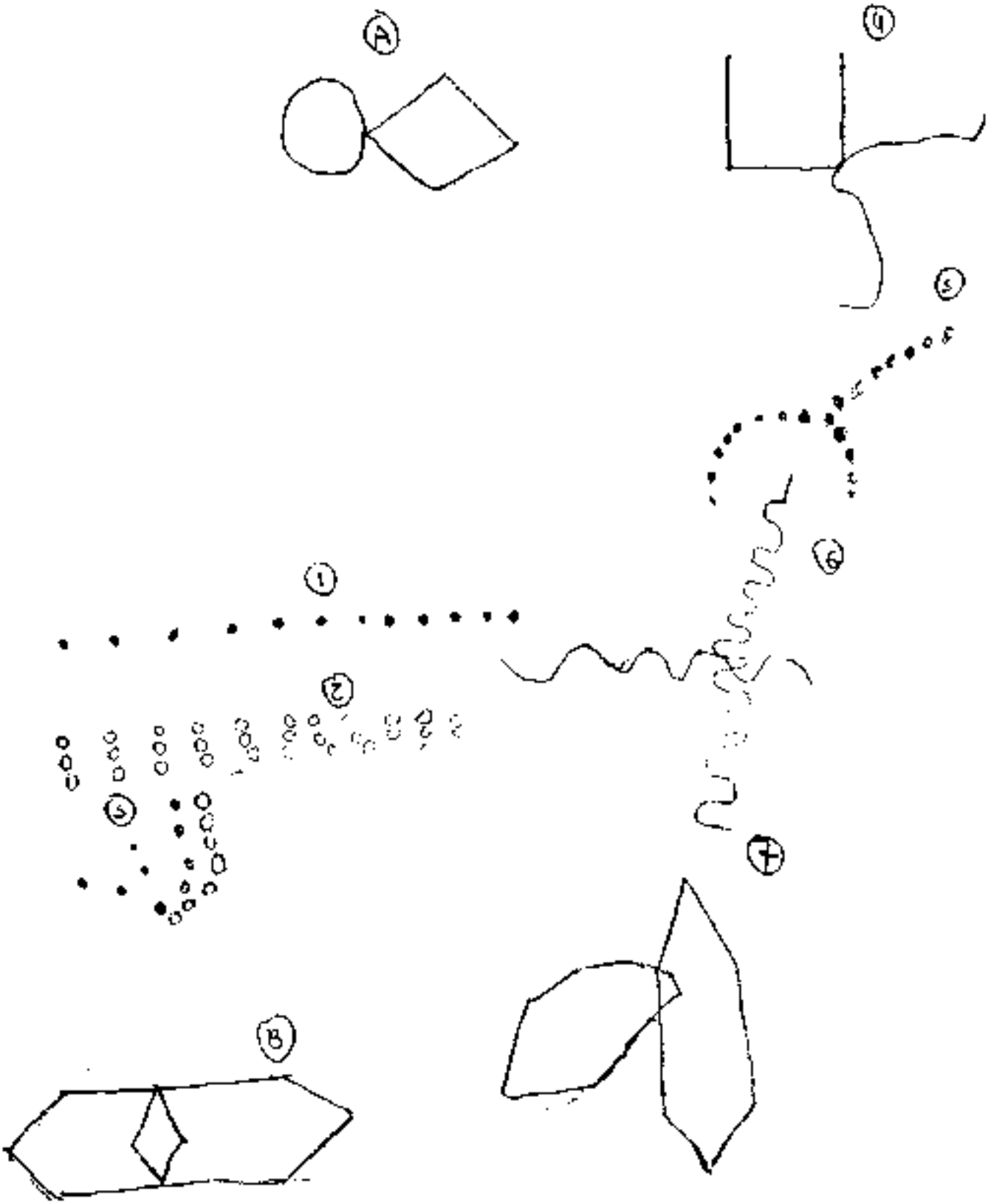
FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION. DX HORA.
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX. HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



Emmanuel Espitia Berbesi 10 Años

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Diana Tatiana Berbesi Quiroga, mayor de edad, identificado con C.C. 1099207096, actuando en nombre propio o como representante legal de Emmanuel Espitia Berbesi identificado en la C.C. 1099214022.

DECLARO

Que he sido informado hoy 21-dic-2024 por la Terapeuta: Carina Michel Atehortua sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: dislexia y disgrafia.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos.

- ○ Broncoaspiración
- ○ Lesión Cavidad Oral
- ○ Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- ○ Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- ○ Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- ○ Hiperventilación
- ○ Mareo
- ○ Irritabilidad
- ○ Vértigo
- ○ Vómito
- ○ Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- ○ Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ☒ Acepto de Conformidad

- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1094 202 046

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053 332 189

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FMG1	Version:	Fecha Aprobación: 04/03/2021	Fecha Revisión: 27/09/2023

SERVICIO: lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Emanuel Espitia Bolaños TIPO ID: TI NUMERO: 1093249022
FECHA DE ATENCION: 20-dic-2024 DX: dislexia HORA: 8:20 am
EVOLUCION 1: Paciente 10 años, ingresa a grado 6°, consigue leer con la silaba, le cuesta, distorsiona y omite grafias se recomienda T. de lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL Carmen Ruiz | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: Dx HORA
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFSEIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

20 Diciembre 2024
FECHA: CIUDAD:

Yo Ivette Tatiana Barbosa Quiroga, mayor de edad, identificado con C.C. 1094207046 actuando en nombre propio o como representante legal de Emmanuel Ospina Barbosa identificado en la C.C. 1094 [illegible] 22.

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clinica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos esros procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1004207046

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H44-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20 09 2023

SERVICIO: T. Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Emmanuel Espitia Bernal | TIPO ID: TI | NUMERO: 1099 214 022

FECHA DE ATENCION: 20-12-2024 | DX: | HORA: 09:30 am

EVOLUCION 1:

ingresa paciente en buen estado de salud presenta disfuncion, problemas para mantener su atencion y no recibe indicación su madre manifiesta que siempre quiere llevar la contraria y no se permite realizarlas.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAF S.A.S GESTIÓN DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Codigo: HHM01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CITE

DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-AA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Evonne Espitia Beltrán		TIPO ID: TI	NUMERO: 1098214407
FECHA DE ATENCION: 20/12/24	DX:	HORA: 8:42 am	
EVOLUCION 9: Evonne 10 años, ingresa en adecuado estado de salud, hija única madre ausente, familia funcional. Madre refiere que su estado de animo fue de agrado y que mejoro la relación interpersonal se ordenan pausa de cuerpo y estrategias de afrontamiento para hablar en público.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependan de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 17 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 10-30 Am

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Heiber Santiago Matos Vargas

Documento de Identidad Nº: 1093.1911

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 17-12-2024

Hora: 10-30 am

Yenny Vargas

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

cc. 1057515983

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053346948

Dalia Daniel Alarcón

Cel: 324 223 3 33

PSICÓLOGO

T.P. 248561

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

Heiner Santiago Mateos Vargas.





	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-07-2023

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Hanes Santiago Castro V | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1099218112

FECHA DE ATENCION: 3-7-2024 | DX: | HORA: 10:30 am

EVOLUCION 1: Paciente masculino de 9 años de edad, en buen estado de salud, presenta y cumple criterios DSM V. Para trastorno específico del Aprendizaje | lecto escritura. Con un grado de dislexia disfonica (A1, A2, A3, A4, A5), se aplica test bender realiza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Jennifer Londoño Vargas Saenz, mayor de edad, identificado con C.C. 1053815983, actuando en nombre propio o como representante legal de Heiner Santiago Mateus Vargas identificado en la C.C 1092772772

DECLARO

Que he sido informado hoy 17-Dic-2024 por la Terapeuta: Erika Rocio Pedraza sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Dislexia.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios prácticos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- o Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Henry Vargas
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1082573983

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053.[illegible]38

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-07-2023

SERVICIO: Lenguaje			
NOMBRE DEL PACIENTE: Hanel Santiago Mateus Vargas		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1007217117
FECHA DE ATENCION: 12 - dic - 2024	DX:	HORA: PM- 9:45 am	
EVOLUCION 1: Paciente de 7 años cursando 2° grado, reporta apraxia, hace disfluencia, disgrafia, se recomienda Terapia de lenguaje			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: FA-01	Versión:	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 22-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISKCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 17/12/2024 CIUDAD:

Yo Henry Fernando Nieves Sierra, mayor de edad, identificado con C.C. 1027145953, actuando en nombre propio o como representante legal de Heiner Santiago Mateus Nieves identificado en la C.C. 1192272726

DECLARO

Que he sido informado hoy Martes 17-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- o Termoterapia
- o Masaje manual, Vibración
- o Movilizaciones articulares pasivas y activas
- o Estiramientos pasivos y activos
- o Balonterapia
- o Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- o Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- o Integración Sensorial
- o Educación al Paciente y al Cuidador
- o Plan Casero
- o Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Quemadura
- o Enrojecimiento de la piel
- o Mareo
- o Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- o Incremento del dolor
- o Fatiga muscular
- o Sincinecias o asimetría facial
- o Irritabilidad / llanto
- o Hipotensión ortostática
- o Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

Trinidad Camacho

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: F-M-01	Version:	Fecha Aprobacion: 24/05/2021	Actualizacion: 19/2021

SERVICIO: T. Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Heiner Santiago Mateo V TIPO ID: TI NUMERO: 1099 217 112
FECHA DE ATENCION: 13 - 12 - 2024 DX: HORA: 11:20 - am
EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Presenta alteraciones a nivel escolar (lecto-escritura), problemas en mantener su atención, y dificultad en su desempeño al realizar actividades de motricidad fina.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

Cite

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Heidi Santiago Mateus TIPO ID: T.I NUMERO: 1099217112
FECHA DE ATENCION: 17/12/24 DX. HORA: 11:40 a.m.
EVOLUCION 5:
Heidi Santiago, 7 años, grado 3°, ingresa en adecuadas condiciones de salud, Heidi es el segundo hermano de 3 hijos. Familia compuesta monoparental, estilos de crianza de autoridad, según relato de la madre establecimiento de límites. Se brindan pautas de crianza para ser aplicadas en casa.

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C Día: 20 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 08:20 Am.

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Julia Estrellejo Gonzalez

Documento de Identidad Nº: 1019218378

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 20-12-2024

Hora: 09:20 Am

Nombre y/o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
M.M. Nº o TP
C.C. 1053346748

Pedro Daniel Cifuentes
Cel: 324 223 60 43
PSICOLOGO
T.P. 248681

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO
Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE Julia Estefanía Gamarra TIPO D RC NUMERO 1049218570
FECHA DE ATENCION 28-12-2024 DX HORA 08-30 Am
EVOLUCION 5 Paciente femenina de 6 años de edad, en buen estado de salud. Se aplica test bender, presenta conducta retraida familia unifamiliar, con insatisfacción segun test presenta timidez, ansiedad, se aplica test familia Cavalon finaliza Sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID. NUMERO
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FM-H-1	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/08/2022	Actualización: 20-04-2023

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Julio Cantillo TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

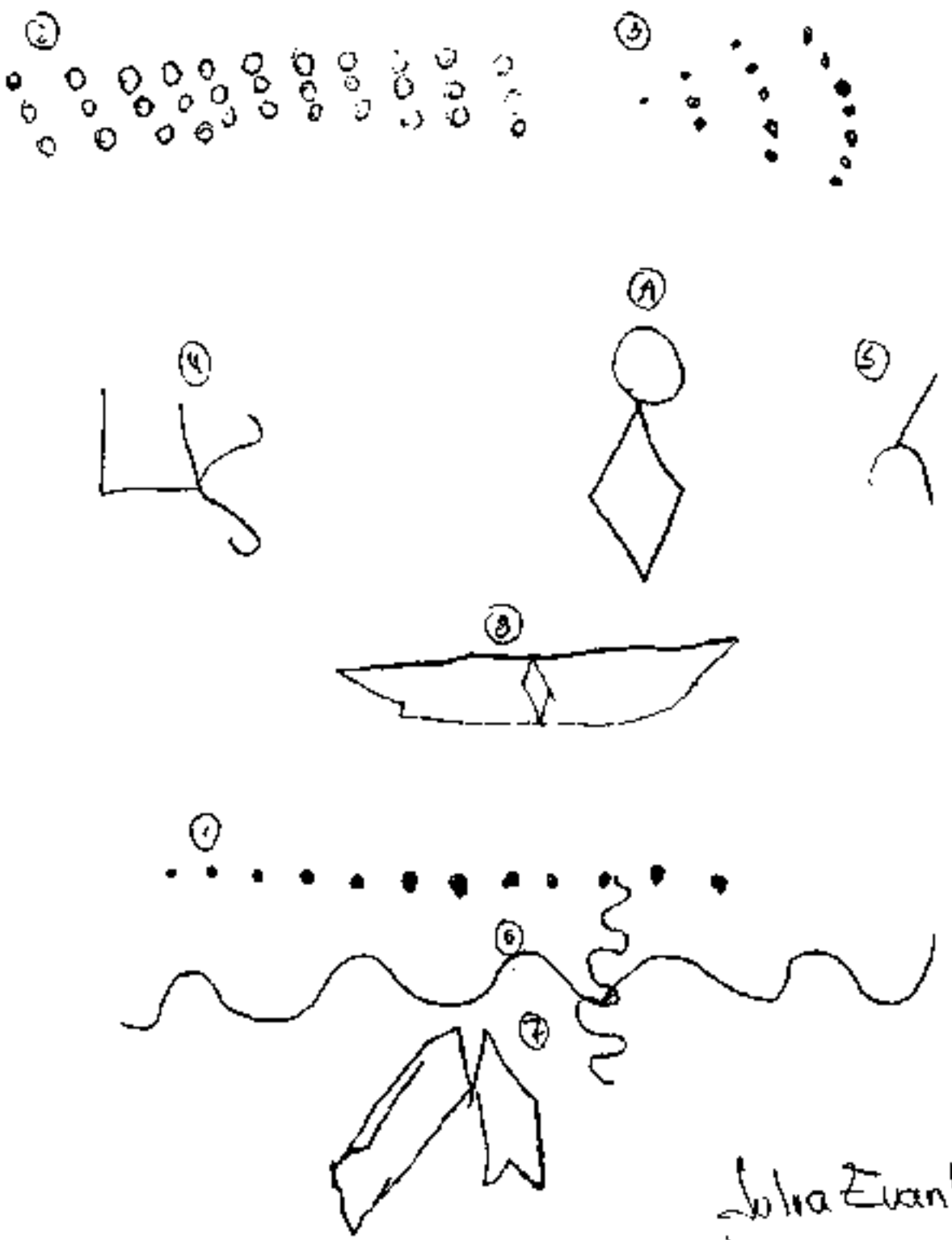
FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



Julia Evanllelyn Gomarra Ortiz.
6 años.



NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: 20/12/24 CIUDAD:

Yo Alba Blanca Ortiz Santamaria, mayor de edad, identificado con C.C. 37670812 actuando en nombre propio o como representante legal de Julia Evangelina Camacho Ortiz identificado en la C.C.1092186378

DECLARO

Que he sido informado hoy 20 dic 2024 por la terapeuta: Eliana Michel Ibañez Pabon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Terapia de lenguaje

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- X Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 37670812.

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1'053 331.158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: F-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Julia Evanklyn Gamarra		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1019218578
FECHA DE ATENCION: 30-dic-2024	DX:	HORA: 01:46 p.m.	
EVOLUCION 1: Paciente activo, ingresa acompañado x, reporta ruta terapia de lenguaje.			

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

[illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 30 DE 2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 20 - Diciembre - 24 CIUDAD: Barbosa, Santander

Yo Alba Bibiana Ortiz, mayor de edad, identificado con C.C. 37670812, actuando en nombre propio o como representante legal de Julia Evanllelyn Gamara identificado en la C.C. 1099118578

DECLARO

Que he sido informado hoy 20 Diciembre - 24 por la Terapeuta Ocupacional Katerine Juliana Flórez Gamboa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Trastorno Generalizado de ansiedad

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- [x] Acepto de Conformidad
- [ ] NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

Terapeuta Ocupacional
T.P. 1094277708
Ortopedagoga Especial

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1094277708

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-MAU	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Julia Evanilelyn Gamarra	TIPO ID: RC	NUMERO: 1.049.218.678
FECHA DE ATENCION: 20-12-24 DX: F410	HORA: 9:00 am	

EVOLUCION 1: Usuaria ingresa en buenas condiciones, se realiza valoración donde se identifica alteración en la motivación, intención, autoeficacia, toma de decisiones, planificación y organización la intervención se enfoca en los procesos volitivos. Se finaliza la atención, no se presenta evento adverso

FIRMA DEL PROFESIONAL — FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL — FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCIÓN 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL — FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL — FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DIS CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: FHM-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Serrano		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1004217x1x
FECHA DE ATENCION: 20/11/24	DX:	HORA: 09:40 a.m.	

EVOLUCION 9:
Juan Carol, grado 2° Ingresa en adecuadas condiciones de salud, Hijo menor de 3 hermanos, familia monoparental, madre cuidadora. En postura en silla de ruedas y no respeta figuras de autoridad. Movilidad de Extensión. Se deben redefinir los puntos de cuerpo, implementación de fuerza de empuje

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera debe ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que está fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un dato compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 20, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 30 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 09-48 AM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Santiago Rodriguez cubillos

Documento de Identidad Nº: 1098717312

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 20-12-2024

Hora: 09-48AM

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 1098717312

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o TP
C.C. 1033946948

Testigo
C.C.

Pedro Daniel Villalobos
Cel: 321 223 50 43
PSICOLOGO
T.P. 248861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Rodriguez Cubides TIPO ID T.I NUMERO: 1082119112
FECHA DE ATENCION: 20-12-2024 DX: HORA 09-40
EVOLUCION 5: Paciente de 7 años de edad, en buen estado de salud, familia Nucleas, receptivo en seguir instrucciones, cumple Criterios DSM II para TDAH: (A, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1G, 1H, 1I / 2B, 2D, 2E, 2F, 2G, 2H, 2I) se aplica test bender. Finaliza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FMA01	Versión: 1 Fecha Aprobación: 01/05/2022 Actualización: 20/07/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

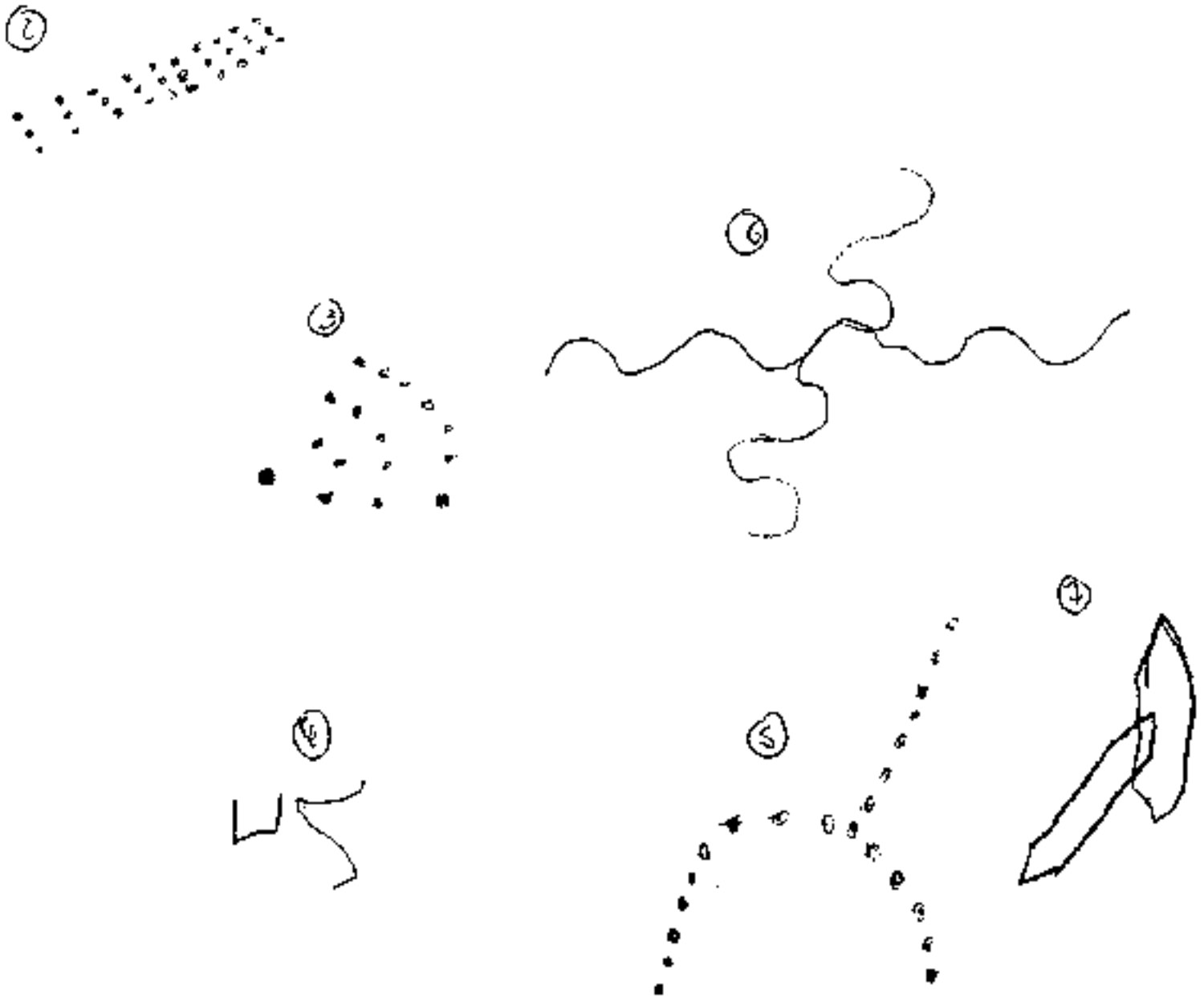
FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

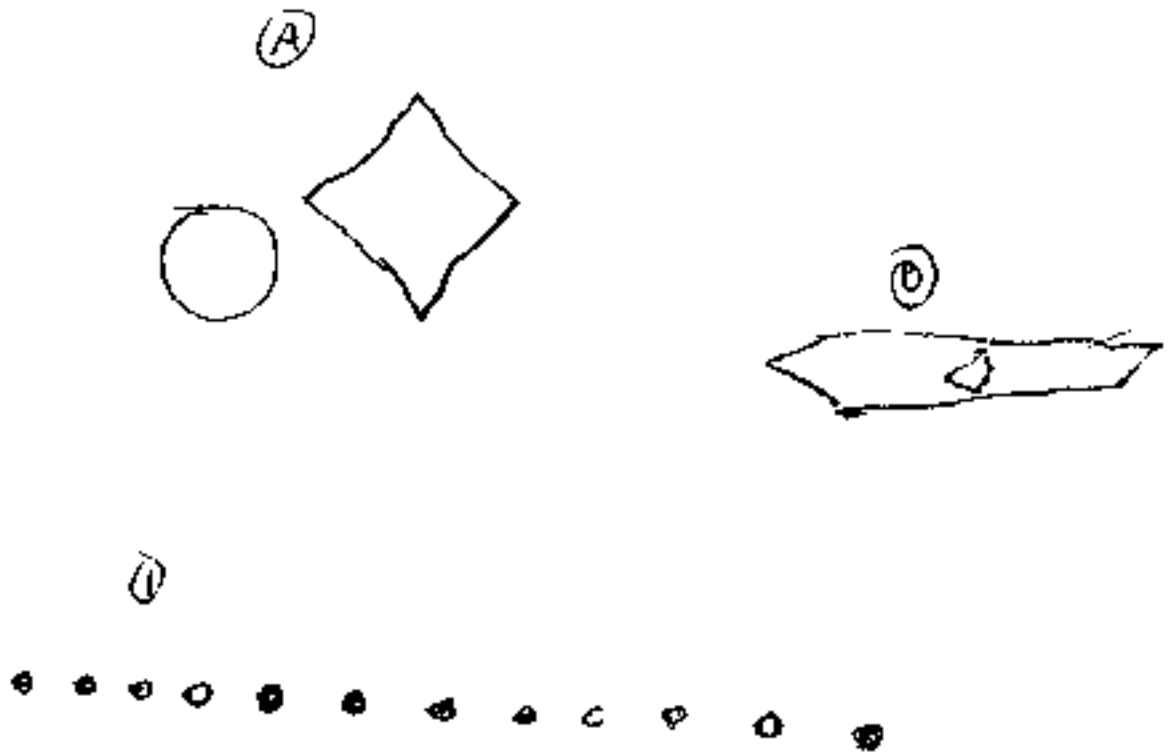
FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



Santiago Rodriguez 4 años.


A
B
C

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 20-12-24 CIUDAD: Barbosa, Santander

Yo Eulalia Ceballos Martinez, mayor de edad, identificado con C.C. 1.019.019.431 actuando en nombre propio o como representante legal de Santiago Rodriguez Ceballos identificado en la C.C. 1.049.213.312

DECLARO

Que, he sido informado hoy 20-Diciembre-24 por la Terapeuta Ocupacional Katerine Juliana Florez Gamboa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: impresión diagnostico de trastorno de atencion e hyperactividad

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Baionterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de Intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caidas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCOAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo cue he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ✓ Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

Terapeuta Ocupacional
T.P. 1094277708
Colombiana

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1.094 277 708

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: 14.3A-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/09/2021	Actualización: 23/09/2021

SERVICIO: Terapia Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Rodriguez Ochoa | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1091214712
FECHA DE ATENCION: 10 30 del 30-12-24 | DX: F90.1 | HORA: 10:30am

EVOLUCION 1:
Usuario ingresa al servicio en buenas condiciones, se realiza valoracion donde se identifica alteracion en la atencion, tiempos de espera, bajo control de impulsos, seguimiento de instrucciones se direcciona al plan de intervencion al fortalecimiento de procesos mentales superiores. No se presenta evento adverso

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Terapeuta Ocupacional
Ocupacional

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901198411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo _____, mayor de edad, identificado con C.C. Evelin Cabiles, actuando en nombre propio o como representante legal de Santiago Rodriguez Cabiles identificado en la C.C. 1094213212

DECLARO

Que, he sido informado hoy 20-dic-2024 por la terapeuta: Diana Pechon Pechon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: _____.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como. la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

☑ Acepto de Conformidad

☐ **NO** Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1019014071

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053337185

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

DISCAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: [illegible]	Version: 1	Fecha Aplicacion: 03/08/2021	Clasificacion: [illegible]

SERVICIO: Hospitalización

NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Rodríguez Valbuena TIPO ID: TI NUMERO: 1044213312

FECHA DE ATENCION: 20-dic-2024 DX: HORA: 08:50 am

EVOLUCION 1: Paciente de parto, ingresa en cirugía de obstetricia tolerando vía oral

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MÉDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Restrepo Cubillo		**TIPO ID:** T.I	**NUMERO:** 1078211442
FECHA DE ATENCION: 29/12/23	**DX:**	**HORA:** 8:10 am	

EVOLUCION 1:
Santiago 1 año, ingresa en buena condiciones de salud. Familia nuclear. Santiago es el hijo menor de dos hermanos. Al parecer adecuada relación familiar. Hoy asistencia de mamá. Cooperativo y buenas practicas en estilos parentales. Se realiza una breve explicación del área: Personal, Fino, Social y Adaptativo

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
[illegible]	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/03/2021 | Actualización: 20-05-2022

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que estén basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les pueda ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfito para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 09 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 10:00

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Santiago de Jesus Aldana

Documento de Identidad Nº: TI 1023736611

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 09-12-2024

Hora: 10:00 am

Yes Sanchez

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1049566797

Nombre o Firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1033546949 Tarjeta Profesional 238651

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago de Jesus Alban		**TIPO ID:** P PT	**NUMERO:** 570736
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024	**DX:**	**HORA:** 0-00	
EVOLUCION 1:			
Paciente masculino de 10 años de edad en buen estado general de salud, cumple con criterios para TDAH (CIE 10, F90.2 / DSM V 314.01) se aplica test bender, finaliza sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: H-N-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:2049-2020

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:

Yo ----------, mayor de edad, identificado con C.C. ..... actuando en nombre propio o como representante legal de Santiago de Jesus Alzate S. Identificado en la CC 520339t.....

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caidas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincineclas o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: ... .
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FO-MED-[illegible]	Version: [illegible]	Fecha Aprobación: [illegible]	Pagina [illegible] de [illegible]

SERVICIO: T. Terapeuta
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Alvarez Sanchez TIPO ID: T.I NUMERO: 5269396
FECHA DE ATENCION: 09/12/24 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
Mejorar proceso de lecto-escritura, trabajar pronunciación

FIRMA DEL PROFESIONAL Erika Pachón FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DIS CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: H-M-01	Versión: 1 | Fecha Aprobacion: 01/05/2021 | Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago de Jesus Adames S.	TIPO ID: TI	NUMERO: 520396
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024 | DX:	HORA: 10:47 am	

EVOLUCION 6:
Ingresa Paciente en buen estado de salud. Es un niño muy observador tiene mucha energía, motivación y creatividad. Manifiesta tener problemas para mantener su atención.

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FM 01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia (Rehabilitación)			
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Alonso Sanchez		TIPO ID: TI	NUMERO: 5203516
FECHA DE ATENCION: 08/11/24	DX:	HORA: 9:30 am	
EVOLUCION 9: Santiago presenta padres hijo unico, se realizo una breve explo-ración por las áreas personal, familia social y académico, se logran fijar 3 de cuatro. Estos parentesis de realimentación, por tanto se brindan pautas facilitadoras, las cuales fortalecen el desarro-llo cognitivo y el aprendizaje			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento pueda ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplan con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyan a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulte profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque pueda hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 18 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora 04-40 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Yostin Andrey Celis Molina

Documento de Identidad Nº: 1049210881

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento:

Hora: 04-40 PM

Johana Molina

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1063327252

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1033746948

Testigo

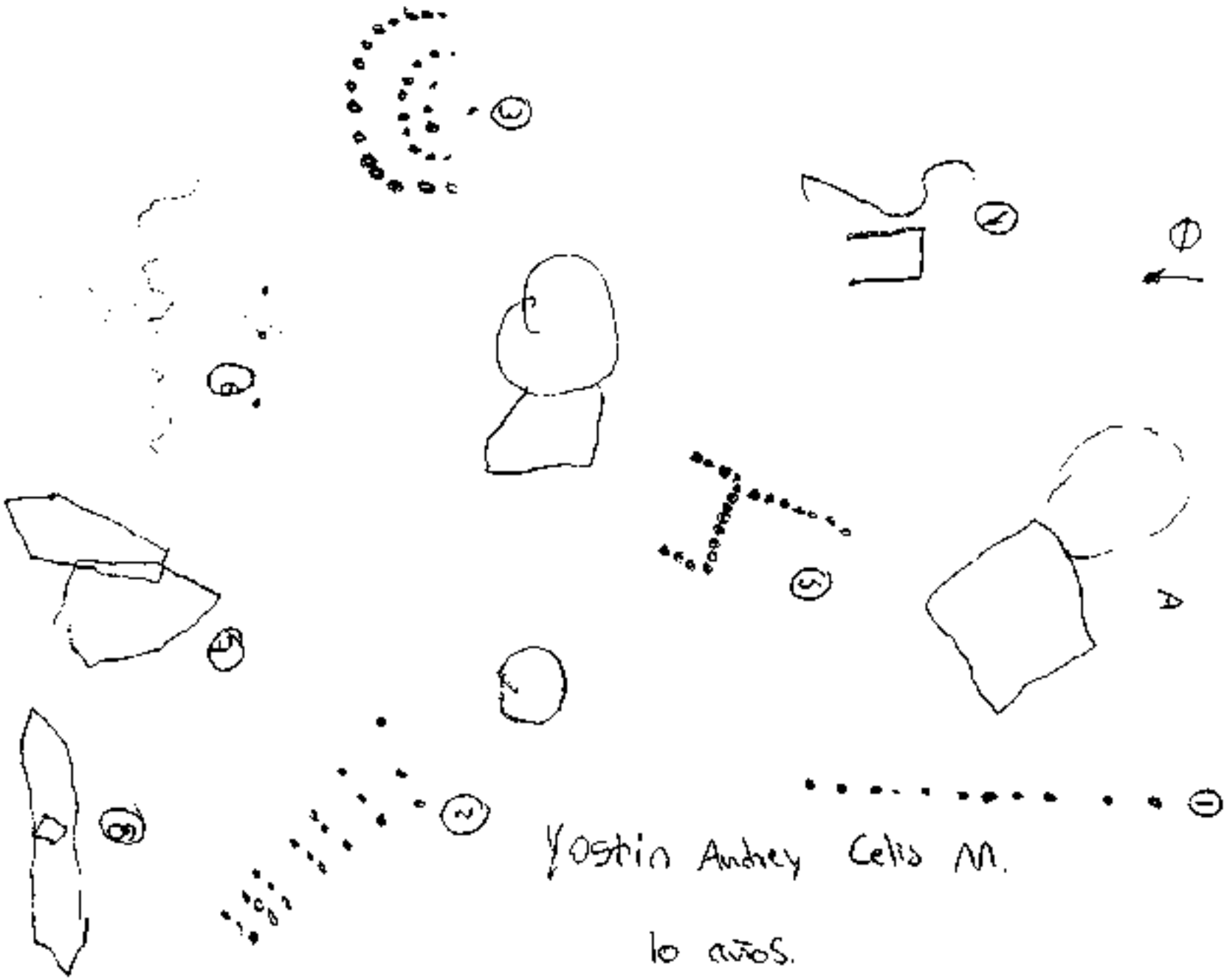
C.C.

Pedro Daniel Gutiérrez
Cel: 321 227 50 13
PSICOLOGO
TP

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:



Yostin Andrey Celis M.

10 años.

Leo decidio caminar hasta donde

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: A-MC-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 01-04-2023

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Yosta Andrey Celis M **TIPO ID:** T.I **NUMERO:** 1098214081
FECHA DE ATENCION: 18-12-2024 **DX:** **HORA:** 04:50 PM
EVOLUCION 1: Paciente masculino 10 años de edad, en buen estado de salud, Paciente se aplica test bender se evidencia una discapacidad intelectual debido a trastorno especifico del Aprendizaje lectoescritura. Cumple Criterios (A1,A2,A3,A4,C) Finaliza sesion sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Yolana Molina

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

QUE ALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID. **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION S

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION S

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION S

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION S

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 18/12/2024 CIUDAD:

Yo Johana Marcela Molina, mayor de edad, identificado con C.C. actuando en nombre propio o como representante legal de Yostin Andrei Celis molina identificado en la C.C. 1099274081

DECLARO

Que he sido informado hoy Miercoles 18/12/2024 por la Terapeuta Ocupacional: sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de:

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Tahana Molino

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1053327232

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FO-MO1	Version: 1	Fecha Aplicabilidad: 01-05-2023	Actualizacion: 01-09-2023

SERVICIO: Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Yostin Celis Molina TIPO ID: TI NUMERO: 1099 214 081
FECHA DE ATENCION: 18-12-2024 DX: HORA: 2:40 pm
EVOLUCION 1:
Ingreso paciente en buen estado de salud. Presenta necesidad de aprendizaje bajo en lecto-escritura y matematicas, problema para mantener su atencion y retener lo que se le enseña. funciones cognitivas conservadas. mantiene contacto visual, lenguaje inteligible, y respuestas cortas.

Yenny S. R.
FIRMA DEL PROFESIONAL

Johana Molina
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Johana Marcela Molina cortés, mayor de edad, identificado con C.C. 1023922232, actuando en nombre propio o como representante legal de Mateo Andres celis Molina, identificado en la C.C 1099281087

DECLARO

Que he sido informado hoy 18-Dic-2024 por la Terapeuta: Carmen Helena Pachon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Dificultad del aprendizaje.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir segun mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Johana Hoyos
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 106 332 7232.

Erika Pachon
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1 075 333. 158.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FMG1	versión: 1	fecha aprobación: 01/ABR/2022	vigente desde: 01/ABR/2022

SERVICIO: Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Yeison Andrey Celis Molina TIPO ID: T.I NUMERO: 1091 244 052
FECHA DE ATENCION: 18 - dic - 2024 DX: D de expresiv HORA: 3:24 p.m
EVOLUCION 1: Acude de la cual ingresa al 3 grado, fallo en mandados, y silabas, dislexia, disgrafia, disleia, retraso del lenguaje, retraso del habla, retraso en el lenguaje

Dima Rochen
FIRMA DEL PROFESIONAL

Johana Molina
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 9

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

6AITAN

QUIALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Yostin Andrey Ortiz Molina TIPO ID T.I NUMERO: 1099214081
FECHA DE ATENCION: 13/12/24 DX: HORA 02:25
EVOLUCION 6:
Paciente de 10, grado 3, Sexto es el hermano menor de dos hijos Familia nuclear Adecuada relaciones Familiares Respeto la figura de autoridad y acata a los Sobres de la misma. Estilo de crianza autoridad con amor. Necesidad de expresion | Introversion. Afrontan relaciones interpersonales Estrategias de afrontamiento hablan con psicologa

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Yohana Molina.

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

[illegible]	Versión:	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 30-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 12 Mes: 12 Año: 2024 Hora: 10-30

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Brian Sneyder Cometa Amado

Documento de Identidad Nº: 1094212666

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 12-12-2024

Hora: 10-30

Johana Amado

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1094208886

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº

C.C. 1033464448

Testigo

C.C.

Paola Daniela Villamizar
Cel: 324 223 90 43
PSICOLOGO
T.P. 346851

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Brian Snaider Correa A		**TIPO ID:** T.I	**NUMERO:** 1045617666
FECHA DE ATENCION: 13-12-2024	**DX:**	**HORA:** 10-11.0	
EVOLUCION 1:			
Paciente masculino 12 años de edad, en buen estado de salud receptiva a Seguir Instrucciones y Secuenciación se aplica test Bender Gestalt Palabras Asociadas con impulsividad y conductas acting-out. positivo Sesión sin complicaciones			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Johana Amado **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISKCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

[illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/22	Actualización: 02-02-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Brian Snyder Cancro







DISXCAP

NIT 901198411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:
Yo Josed Johann Amado Magallon, mayor de edad, identificado con C.C. 1.099.105.886, actuando en nombre propio o como representante legal de Brian Sneider Cortes Amado identificado en la C.C. 1.099.312.666

DECLARO

Que he sido informado hoy 12 - Diciembre - 24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerine Juliana Flores Gamboa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: alteración en el aprendizaje.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- o Termoterapia
- o Masaje manual, Vibración
- o Movilizaciones articulares pasivas y activas
- o Estiramientos pasivos y activos
- o Balonterapia
- o Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- o Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- o Integración Sensorial
- o Educación al Paciente y al Cuidador
- o Plan Casero
- o Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Quemadura
- o Enrojecimiento de la piel
- o Mareo
- o Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- o Incremento del dolor
- o Fatiga muscular
- o Sincinecias o asimetría facial
- o Irritabilidad / llanto
- o Hipotensión ortostática
- o Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y **daños que ellos pueden implicar.**

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Yhonia Arnaldo
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099268886

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1.094.231.396

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Briam Snaider Cuervo Arrado		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.099.212 666
FECHA DE ATENCION: 12 - 12 - 24	DX:	HORA: 9:00 am	
EVOLUCION 1: Ingresa usuario en buenas condiciones, se realiza valoración donde se identifican alteraciones escolares, grafomotoras y atención. De esta manera se establece atención direccionado a fortalezas procesos mentales superiores. Se finaliza la sesión, no se presenta evento adverso.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Johana Arrado FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: F-GC-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAPACITAS
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/07/2021	Actualización: 29/07/2021

SERVICIO: Fisioterapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Brian Snedel Correa A | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1099216266

FECHA DE ATENCION: 12-12-24 | DX: | HORA:

EVOLUCION 1:

El menor en mención ingresa en buenas condiciones de salud se realiza ejercicio de marcha en un solo pie con intervalos de 4 segundos. En general Brian maneja buena postura y tonalidad

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Tatiana Amador

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISCAPS.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Fonoaudiología
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Sarde C. TIPO ID: T.I NUMERO: 1092166266
FECHA DE ATENCION: 12-12-2024 DX: HORA: 12:00 PM
EVOLUCION 1:

Paciente ingresa en buen estado de salud, se realiza ejercicios orofaciales, compresión de lecto escritura, finaliza sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que están en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted esta asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 20 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 09:00 Am

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Santiago Gonzalez Solano

Documento de Identidad Nº: 1094219607

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 20-12-2024

Hora: 09:00 Am

Jose Emilce Solano Guio

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 36909109

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053396948

Testigo

C.C

Pedro Daniel Marin
Cel. 324 222 50 43
PSICOLOGO
T.P. 249681

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago González Sedano (TIPO ID: TI) NUMERO: 1099218002
FECHA DE ATENCION: 20-12-2024 DX HORA 04:00 AM
EVOLUCION 6:
Paciente masculino de 7 años de edad, en buen estado de salud, Presento conducta Respiratorio oposita aunque sigue instrucciones, poca tolerancia a la frustración, con diagnostico de TDAH cumple con criterios C.1A, 1B, K, 1D, 1E, 1F, 1G, 1H, 1I / 2A, 2C, 2D, 2E, 2F, 2G, 2H, 2I (BID) se aplica test bender, finaliza sesion sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Ana Emilia Sedano Cortes
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTIÓN DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: FI-M-03	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Sandy Suarez Ocampo	TIPO ID: T.I	NUMERO: 1019...
FECHA DE ATENCION: 17-12-2024	DX:	HORA: 03-50

EVOLUCION 1: Paciente [illegible]

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

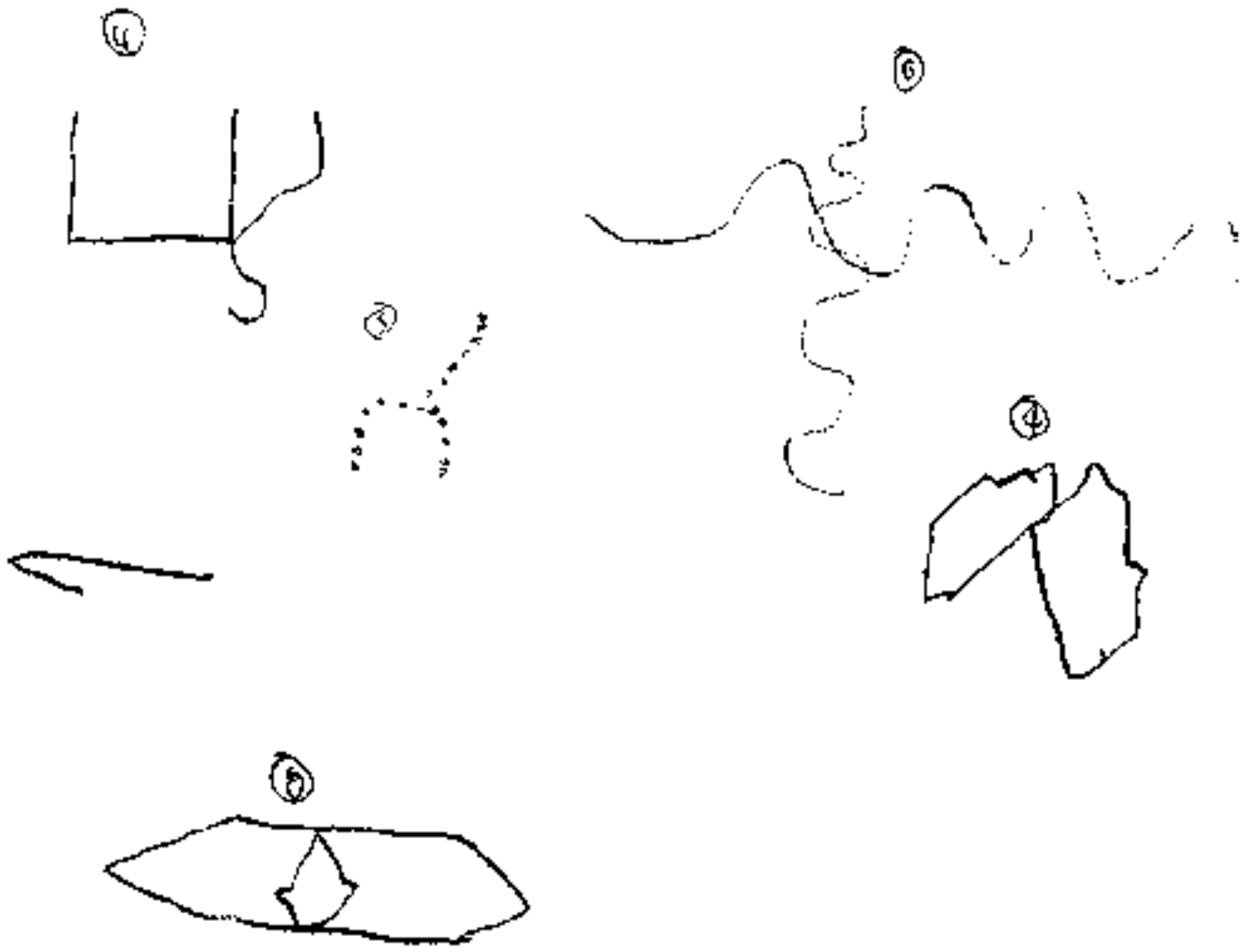
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Sedona Sonoma Santiago Zapotlanejo

Tokyo


①
②
③
④
⑤
⑥

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 20-12-24 CIUDAD: Barbosa, Santander

Yo Luz Emilse Sedan, mayor de edad, identificado con C.C. 32.409.709, actuando en nombre propio o como representante legal de Santiago Gonzalez Sedan identificado en la C.C. 1099218002

DECLARO

Que he sido informado hoy 20 - Diciembre - 24, por la Terapeuta Ocupacional Fabiana Juliana Florez Gamboa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Trastorno de deficit de atención

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISMOAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Luis Carlos Serrano Garcia
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 3790[illegible]

Terapeuta Ocupacional
T.P. 1094277704
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1094277704

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Gonzalez		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1099218002
FECHA DE ATENCION: 20-12-24	DX: F909	HORA: 8:30 am	
EVOLUCION 1: Usuario ingresa en buenas condiciones, se realiza valoración donde se evidencia alteración en la regulación emocional, procesos atencionales, habilidades ejecutivas y comportamiento se direciona el plan de atención se direcciona al manejo de procesos mentales superiores. No se presenta evento adverso.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: F-M-0:	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualizacion: 2019-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Gonzalez Sedano		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1093211000
FECHA DE ATENCION: 20/12/24	DX:	HORA: 10:00 am	
EVOLUCION 1: 3 años grado 2° Integra en educando Condiciones de Salud: Hijo menor de 3 hermanos Familia nuclear. No hay apoyo cuidado de tiempo, ausencia en hogar de cuidado. Familia ofrece disfuncional según relato de la mamá de Santiago. La Educación y obligaciones recae en la mamá. Familia de cuidado			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Ana Camila Sedano Cano	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

[illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20/09/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Jennifer Sedano Cano, mayor de edad, identificado con C.C. 24909309, actuando en nombre propio o como representante legal de Santiago Gonzalez Sedano identificado en la C.C. 1099218002

DECLARO

Que he sido informado hoy 20-dic-2024 por la Terapeuta: Anna Nelson Rehan sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: T. de lenguaje

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196471

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad

- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Luz Amilce Sarabia
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 32909209

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1083357158

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Gonzalez Velasco TIPO ID: TI NUMERO: 1094 4 9002
FECHA DE ATENCION: 26-dic-2019 DX: HORA 9:53 am
EVOLUCION 6: Paciente 7 años, ingresa acompañado y se realiza dictado donde tiene fallas ortográficas no tiene ortofonia, se hace que tiene manejo familiar, se recomienda refuerzo y terapia de lenguaje y control de emociones

FIRMA DEL PROFESIONAL: Jaime Rodas FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Luz Emilce Solano

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" OSACAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
[illegible]	Version: [illegible] Fecha Aprobacion: 01/03/2021 Actualizacion: 25-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesario para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no esté siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 09 Mes: Diciembre Año. 2024 Hora: 10-40

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Anon Ali Gomba Suaza

Documento de Identidad Nº: 5944057

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 09-Dic. 2024

Hora:

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

CC. 5940073

Nombre o firma del Psicólogo que lo executa

R.M. Nº o TP

C.C 1053346948

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-AI-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-09 2021

SERVICIO: Psicologia

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Ali Gamba S. | TIPO ID: PPT | NUMERO: 5A39957

FECHA DE ATENCION: 09-12-2024 | DX: | HORA: 10-40 Am

EVOLUCION 9:

Paciente Masculino 10 años de edad, Con posible diagnostico de Aspergar y Autismo grado 1, buena secuencialidad dificultad en el seguimiento de instrucciones, se aplica test basales, finaliza sesion sin Complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO: Psicologia

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Ali Gamba S | TIPO ID: PPT | NUMERO: 5A39957

FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 | DX: | HORA: 11-06 Am

EVOLUCION 10:

Paciente en buen estado de Salud, Se realiza terapia psicologica dirigida en fortalecer pautas de Crianza y percepcion de emociones Control de tiempo, finaliza Sesion Sin Complicacion

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



from Ali Gambee

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M401	Versión: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Actualizacion:20-07-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Alan Alejandro Sierra		TIPO ID: T.I	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX:	HORA: 10:00 a.m	
EVOLUCION 1: Alan, familia materno paterno, padre ausente desde el nacimiento, hijo de 5 hnos. Madre nerviosa y llorosa en el momento de la valoración. Se percibe que la relación familiar es conflictiva, dentro hay las veces de figura de autoridad en los abuelos. Se brinda Pauta de Cuidado			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MÉDICAS	

Código. I-M-01	Versión 1	Fecha Aprobación. 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 11-12-2024 CIUDAD:

Yo Nelson Caicedo, mayor de edad, identificado con C.C. 5916093 actuando en nombre propio o como representante legal de Juan M. Caicedo Sierra identificado en la C.C. 52909673

DECLARO

Que he sido informado hoy Miercoles 11-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Juan M. Caicedo Sierra

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de Intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caidas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 5945013 PPT

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCA® S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Aron Ali Gamba Sierra | TIPO ID: PPT | NUMERO: 5939957

FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 | DX: | HORA: 9:30 am

EVOLUCION 1:

Ingresa paciente en buen estado de salud. Presenta alteraciones a nivel escolar problemas para mantener su atención, disfunciones en la modulación sensorial no recibe indicaciones simples o complejas. Y presenta baja tolerancia a la frustración, lo cual limita su desempeño en las áreas familiares, escolares y sociales.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCIÓN 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901186411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Yelitza Gamboa, mayor de edad, identificado con C.C. 5940533, actuando en nombre propio o como representante legal de Ana Ali Gamboa Suarez identificado en la C.C. 59309653

DECLARO

Que he sido informado hoy Viernes 11-12-2024 por la Terapeuta: Diana Pachon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Ana Ali Gamboa Suarez — dislex. - disgraf

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comientan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncra
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

Cristina Gamboa
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 9460 13.

Connie Pachon
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1'033 391 159

DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Terapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Adrian Alejandro Suarez		TIPO ID: RT	NUMERO: 1193
FECHA DE ATENCION: 11 - dic - 2024	DX: Apraxia	HORA: 10:24 am	

EVOLUCION 9: Dictados no acto (omisión de palabras) no completa palabras), no hace contacto visual, intención, aislado.

FIRMA DEL PROFESIONAL: Carrelbeton | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Sara Lizeth Palomino Plata, mayor de edad, identificado con C.C. 1.143.943.788 actuando en nombre propio o como representante legal de Sandra Plata C.C. 30283493 identificado en la C.C.

DECLARO

Que he sido informado hoy 11-dic-2024 por la Terapeuta. Laura Pedraza sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: hidrocefalia - retraso mental T lenguaje

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como. la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196413

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología . ...

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico ....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ☒ Acepto de Conformidad
- ☐ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Salvador Plata
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 3020540 7

Gimena Pachón
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053 337.153

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: F-MA01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Terapia de lenguaje			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Isaeth Palomino Mota		TIPO ID:	NUMERO: 1150470153
FECHA DE ATENCION: 11 - dic - 2024	DX: Trastorno	HORA: 12:55 p.m.	
EVOLUCION 1:	lenguaje mixto, fonológico		

En el relato hablado un canto muy desarrollado pero hace pocas pausas y repeticiones gráficas, necesita aplicación de fluidez, terapia de lenguaje y fonoaudiología.

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS
Codigo: FA-01	Version: 1 Fecha Aplicación: 01/05/2021 Actualización: 25 DE 2022

SERVICIO: Terapia de lenguaje

NOMBRE DEL PACIENTE: Alessa Nuñez Quiroz TIPO ID: RC NUMERO: 1088792495

FECHA DE ATENCION: 11 - dic - 2024 DX: Autismo HORA: 2:00 pm

EVOLUCION 6: Etapa de lenguaje se indaga sobre su comportamiento para complementar con estrategias.

FIRMA DEL PROFESIONAL: Carmen Rochon FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Alessa Nuñez

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	QUITASE EL DIS A SU CAPACIDAD DISCAPACIDAD
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: [illegible]	Version: 1	Fecha Aprobacion: [illegible]	Pagina [illegible]

SERVICIO: Pediatria
NOMBRE DEL PACIENTE: Sara Valentina Palomino Prado | TIPO ID: TI | NUMERO: 1150937788
FECHA DE ATENCION: 09/12/24 | DX: Hipoacusia | HORA: 10:45 am

EVOLUCION 1:
Lo paciente ingresa en buenas condiciones de salud, paciente femenino de una unico, Mayor de 12 años y cursando secundaria de Expresion corporal por la madre quien nos da un reporte de ADL habitual la cual logra desarrollar el proceso con total independencia. Trabaja en habilidades adaptativas y pautas de crianza

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 09-12-2024 CIUDAD:

Yo Sandra Plata, mayor de edad, identificado con C.C. 30206407, actuando en nombre propio o como representante legal de Sara Lizeth Palomino Plata identificado en la C.C.1150430888

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Sandra Plata
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 30705407

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

DIS CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Sara Lizeth Palomino P.		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.150.433.388
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024	DX:	HORA: 11:21 am	

EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Se observa dificultad en su desempeño al realizar actividades de motricidad fina y grafomotricidad. Atiende indicaciones simples y complejas, pero presenta dificultad en su conducta (agresiva en ocasiones) cuando se le corrige, lo cual limita su desempeño en las áreas familiares, escolares y sociales.

FIRMA DEL PROFESIONAL	Sandra Plata FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Sara Lizeth Palomino P.		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.150.433.388
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otros. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia Niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 09 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora 12:00

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Sara Lizeth Palomino Plata

Documento de Identidad Nº: 1.130.439.788

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 09-Dic-2024

Hora: 12-00

Sandra Plata

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 30205404

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1033346198

Pedro Daniel Gallardo
Cel: 324 223 50 13
PSICÓLOGO
T.P 248661

Testigo

C.C

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Sara Lizeth Palomino		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1150 424 188
FECHA DE ATENCION: 04-12-2024	DX:	HORA: 12-2.0	
EVOLUCION 1:			
Paciente femenino 12 años de edad. Presente con secuelas de hidrocefalia. Dificultades de comunicación. Sigue instrucciones con complejidad. Con conductas de agitación. Verborrea. Leve hipersensible al ruido. Finaliza sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	Sandra Plata

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Sara Lizeth Palomino		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1150 424 188
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024	DX:	HORA: 12-00	
EVOLUCION 2:			
Ingresa paciente en buen estado de salud, se realiza terapia psicológica orientada en pautas de crianza, extinción de conductas desadaptadas y disruptivas se emplea terapia ABA finaliza sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	Sandra Plata

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-VI-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/202	Actualización 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento pueda ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les pueda ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignado a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 17 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 10:00 AM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Matthew Fenicio V.

Documento de Identidad Nº: 1094246947

Nº de Historia Clínica: _____

Fecha de Diligenciamiento: 17-12-2024

Hora: 10:00am

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 30604897

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. 14 c 17

C.C. 1033946948

Testigo

C.C.

Pedro Daniel Gallardo

Cel: 324 223 40 49

PSICOLOGO

T.P. 248851

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMED	Version:	Fecha Aprobacion: 01/08/2017	Actualizacion: 01/04/2021

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Matthew Felipe V. TIPO ID: TI NUMERO: 1019216933
FECHA DE ATENCION: 19-12-2023 DX: HORA: 1000 Am
EVOLUCION 1: Paciente masculino de 8 años de edad, ingresa en buen estado de salud. Diagnosticado con espectro de autismo - leve Verbal Impresionable. Dificultad para secuencias de trabajo pautas de crianza y ambiente familiar además de exponer conductos adaptables mediante ABA. finaliza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: Jaqueline Naranjo Monca CIUDAD:
Yo ....., mayor de edad, identificado con C.C. 20'204.895, actuando en nombre propio o como representante legal de Matthew Ferrero Velazquez identificado en la C.C. 1049 216 977

DECLARO

Que he sido informado, hoy 12 Diciembre - 24 por la Terapeuta Ocupacional Katerinne Juliana Florez Gamboa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Autismo no verbal

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- [x] Acepto de Conformidad
- [ ] NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesta.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 30204895.

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1094277978

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: H-440	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Matthew Ferreira Velasquez		TIPO ID: TI	NUMERO: 1.049.236.977
FECHA DE ATENCION: 12-12-24	DX: F840	HORA: 5:30 pm	

EVOLUCION 1: Ingresa usuario en buenas condiciones. Se realiza valoración donde se evidencia alteración en el lenguaje, uso de gestual, alteración en la inhibición y flexibilidad cognitiva, no controla las emociones y presenta estereotipias, la intervención se direcciona a fortalecer el procesamiento sensorial e independencia. Se finaliza la sesión, no se presenta evento adverso.

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FOR-01	Version: 2	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Ultima Revision: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAPTA E
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: F-W-GI	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/03/2021	Actualizacion: 27/01/2023

SERVICIO: Fisioterapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Matthew Ferreira Vidueza TIPO ID: TI NUMERO: 1099169377

FECHA DE ATENCION: 12 | 12 | 2024 DX: Autismo HORA: 3:10 PM

EVOLUCION 1:

Matthew ingresa a sesión en adecuadas condiciones de salud, es acompañado por su abuela materna, quien es su cuidante. Familia remitida desde el extenso, duración: 1 hora aprox. Madre refiere tratamiento: Aducta amorosa, mostrandose preocupada por la salud física-mental de Matthew, fortalecer rutinas preestablecidas con modificaciones teniendo su desarrollo

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"GIRALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: [illegible]	Version:	FECHA Aprobado: dia 01 05 202	Actualizacion 23-8-2021

SERVICIO

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 1.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 2

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Jaqueline Naranjo, mayor de edad, identificado con CC 30204893, actuando en nombre propio o como representante legal de Matheus Ferreira Velasquez identificado en la C.C 30204893:

DECLARO

Que he sido informado hoy 19-dic-2024 por la Terapeuta: Emerichan Ruan sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Autismo Infantil no verbal

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la disiexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiracion
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- o Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
CC. 1020[illegible]

FIRMA PROFESIONAL
CC. 1053.332.158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Version: 5	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Martinez Iglesias Velasquez

NOMBRE DEL PACIENTE: Benjamin		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099206999
FECHA DE ATENCION: 14-7-2019	DX: autismo	HORA: 8:30 pm	

EVOLUCION 1: Acudio dice paciente niño con problema familiar, este acompañado abuela paterna, la madre presenta hasta practicas, para pruebas, no escribe, solo mira, le gusta los platanos, infantil severo

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: [illegible]	Versión: 1 / Fecha Aprobación: 01/05/20[illegible] / Actualización: 27-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGÍA

Permítame darle la bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen estos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que están en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignado a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 17 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 09:50 AM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Juan Esteban Ariza

Documento de Identidad Nº: 1099217842

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 17-12-2024

Hora: 09:50 am

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

CC 1099216895

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

CC 1053346948

Pedro Daniel Alcazar
Cel: 324 223 50 43
PSICOLOGO
T.P. 246663

Testigo

C.C

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

[illegible]	Version: 1	Fecha Aprobacion: [illegible]	Actualizacion: [illegible]

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Esteban Arias P. TIPO ID: R.C NUMERO: 1092178942
FECHA DE ATENCION: 21-12-2024 DX: HORA: 09:30 Am
EVOLUCION 1: Paciente masculino de 5 años de edad, Paciente con un trastorno del desarrollo de lenguaje - habla, conducta retraido, Cumple Criterios para TDAH CIA 18, K, 10, M, N - 26, 26, 20, 26, CH, 21. Se aplica test bender, Perceptible en seguir instrucciones, analiza sesión Sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 5

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Juan Esteban Ariza

5 años



NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Jessica Alexandra Para, mayor de edad, identificado con C.C. 1092165915 actuando en nombre propio o como representante legal de Juan Esteban Arias Para identificado en la C.C. 1092182342

DECLARO

Que he sido informado, hoy 17 - nov - 2024 por la Terapeuta: Dinna Michel Pacheco L. sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: T.D.A.H.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- ○ Broncoaspiración
- ○ Lesión Cavidad Oral
- ○ Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- ○ Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- ○ Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- ○ Hiperventilación
- ○ Mareo
- ○ Irritabilidad
- ○ Vértigo
- ○ Vómito
- ○ Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- ○ Aumento de la sintomatologia .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los nesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1077986595

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1083331158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: FM-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/03/21 | Actualización: 11-09-2021

SERVICIO: Lenguaje

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Esteban Ariza Ariza | TIPO ID: RC | NUMERO: 1094278742

FECHA DE ATENCION: 13 - dic - 2024 | DX: TDAH | HORA: 8:31 am

EVOLUCION 5: Paciente de 5 años 4 meses quien habla, dialoga, formula ideas. Lenguaje, en articular las r, el dice clase, se coloca mucho la mano en la boca, presenta con la C, L, S, dislalia, se recomienda iniciar pronto

FIRMA DEL PROFESIONAL: Carmen Ramón | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Jhon David Segura Ospina		TIPO ID: TI	NUMERO: 1039...
FECHA DE ATENCION: 0 dic - 2024	DX:	HORA: 3:12pm	
EVOLUCION 1: Nace sano hijo de 1da hospitalizado, tiene ayuda lectura media, escuha, no les dormido, regularmente bien refiere tos de ocasional, reporta valoración con imagenes y sin agitado.			
FIRMA DEL PROFESIONAL: Gina Rchar		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Angie Ospina	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Evaluación de Fonoaudiologia

Nombre del Paciente: Juan Esteban Arias Pena.

Edad: 5 años

Género: masculino

Condición de Discapacidad Diagnostica: TDAH.

Fecha: 14 - dic 2024.

Antecedentes Médicos y Desarrollo

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1 ¿Ha tenido alguna complicación durante el nacimiento?			X
2 ¿Ha habido alguna hospitalización o cirugía significativa? Asma		X	
3. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño? (gateo, caminar, etc.) normal hasta,			X
4 ¿Cuándo comenzó a balbucear y decir sus primeras palabras? 1 año.		X	
5. ¿Hay antecedentes familiares de problemas de comunicación o audición?			X

Evaluación Auditiva

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada

1. ¿El niño ha tenido infecciones de oído frecuentes?			X
2 ¿Reacciona a sonidos fuertes o inesperados?	X		
3. ¿Parece no escuchar bien en ambientes ruidosos?			X
4. ¿Se queja de dolor o molestias en los oídos?			X

Evaluación de la Articulación y Fonologia

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1 ¿Tiene dificultad para pronunciar ciertos sonidos?	X		
2. ¿Sustituye, omite o distorsiona sonidos? (por ejemplo, dice "tasa" en lugar de "casa")	X		
3 ¿Otros entienden su habla la mayor parte del tiempo?			X

Evaluación del Lenguaje y la Comunicación

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿El niño responde a su nombre y a órdenes simples?	X		
2. ¿Utiliza gestos para comunicarse (apuntar, asentir, etc.)?	X		
3 ¿Cuántas palabras puede decir aproximadamente?		X	
4. ¿Forma frases o solo palabras sueltas?	X		
5 ¿Cómo reacciona cuando no se le entiende (frustración, repetición, etc)? Se molesta		X	
6. ¿Entiende y sigue instrucciones de dos pasos (por ejemplo, "ve a la cocina y trae una taza")?	X		
7 ¿Usa pronombres correctamente (yo, tú, él, ella, etc.)?	X		

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿La voz del niño suena ronca, nasal o tensa?			X
2. ¿Habla con pausas o repeticiones excesivas?			X
3. ¿Muestra signos de tensión al hablar?			X

DISKCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 17 - Diciembre - 2024 CIUDAD: Barbosa

Yo Jessica Alexandra Feña, mayor de edad, identificado con C.C. 1099216585, actuando en nombre propio o como representante legal de Juan Esteban Ariza Feña identificado en la C.C 1092182342

DECLARO

Que he sido informado hoy Martes 17-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional. sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Juan Esteban Ariza Feña.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como.

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099216595

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: FI-HA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20 09 2023

SERVICIO: Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Esteban Ayala Peña		TIPO ID:	NUMERO: 1.094.219.341
FECHA DE ATENCION: 12-10-2024	DX:	HORA: 8:30 am	
EVOLUCION 1: Ingresa, paciente en buen estado de salud. Manifiesta se modia tener alteracion en su atencion (Impresivo en ocasiones), presentado baja tolerancia a la frustracion y comportamientos desafiantes, lo cual limita su desempeño en las areas familiares, escolares y Sociales.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTIÓN DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: For-401	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
OSXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMO	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Actualizado en: [illegible]

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Esteban Arza TIPO ID: R.C NUMERO: 1.099219747
FECHA DE ATENCION: 14/07/24 DX: HORA: 09:30 a.m

EVOLUCION 1:
Juan Esteban 3 años ingresa en optimas condiciones de salud. Equilibrio mantenimiento hace mas de dos hermanos. Adecuada [illegible] plurilateralmente. A través el menor muestra [illegible] la hija del padre. Hay [illegible] de limites [illegible] de conducta se brindan [illegible] de cuerpo para que [illegible]

FIRMA DEL PROFESIONAL [illegible] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUIFALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 5

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX: HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les pueda ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 12 Mes: Diciembre Año. 2024 Hora: 03-10 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Johan Santiago Diaz Ariza

Documento de Identidad Nº: _____

Nº de Historia Clínica: _____

Fecha de Diligenciamiento: 12-12-2024

Hora: 03-10 PM

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 52970799 Bta

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o T.P.

C.C. 1053346948

Testigo

C.C.

Tadeo Daniel Galeano
Cel. 321 223 90 43
PSICOLOGO
T.P. 248861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: HMD1	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Johan Santiago Diaz A.		TIPO ID: T. I	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 12-12-2024	DX:	HORA: 03:10 p.m.	
EVOLUCION 1:			
Paciente masculino de 10 años de edad en buen estado de salud. Diagnostico especifico Artigia, cansancio visual, buena tolerancia a la frustración y Socialización y manejo de tiempo libre, dificultad sigue instrucción presenta ansiedad (anticipa). Finaliza sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: FM-01	Version: 1 Fecha Aprobacion: 01/05/2021 Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISACAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FMC	Versión:	Fecha Aprobación: 01/06/2022	Actualización: 2/09/2024

SERVICIO: Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Johann Santiago Diaz Ariza TIPO ID: TI NUMERO: 1025823696
FECHA DE ATENCION: 11 oct - 2024 DX: autismo HORA: 03:23 p.m.
EVOLUCION 1: Niño de 10 años con DX de autismo infantil refiere 5 palabras, escribe como números, vocales, terapia de lenguaje y fonoaudiología, se debe hacer conducta, sesión al mes.

FIRMA DEL PROFESIONAL: Laura Pachón
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Yuli Fernanda Ariza Ariza

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: Barbosa S.S CIUDAD: 18 de Diciembre 2024

Yo Ingrid Fernanda Arito Lopez, mayor de edad, identificado con C.C 52.077.791 actuando en nombre propio o como representante legal de Johann Santiago Diaz identificado en la C.C. 1025.527.376

DECLARO

Que he sido informado hoy 18 de Diciembre 2024 por la Terapeuta: Olinka Yadhan Pachon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Autismo no verbal

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- ○ Broncoaspiración
- ○ Lesión Cavidad Oral
- ○ Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- ○ Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- ○ Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- ○ Hiperventilación
- ○ Mareo
- ○ Irritabilidad
- ○ Vértigo
- ○ Vómito
- ○ Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- ○ Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ○ Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 52777949 de

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1.053.774.158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Johan Santiago Diaz Ariza		TIPO ID: TI	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 12-12-24	DX: F840	HORA: 2:00 pm.	
EVOLUCION 1: Usuario ingresa en buenas condiciones se realiza valoración donde se evidencia que presenta diagnostico de autismo no verbal presenta estereotipias, no tolera la actividad se observa dispuesto la intervención se direcciona a trabajar la adherencia a la actividad y el procesamiento sensorial. Se finaliza la sesión. No se presenta evento adverso.			
FIRMA DEL PROFESIONAL:		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: F-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/09/2020	Actualizado: 01-09-2020

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:

Yo Ligia Fernanda Ariza Lopez, mayor de edad, identificado con C.C. 52.970.794, actuando en nombre propio o como representante legal de Johan Santiago Diaz Ariza identificado en la C.C.

DECLARO

Que he sido informado hoy 12- Diciembre - 24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerinne Juliana Florez Gamboa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Autismo

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- [x] Acepto de Conformidad
- [ ] NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 52.970.999

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1.094.277.708

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Diaz Arias		TIPO ID: TI	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 17/12/24	DX: Autismo	HORA: 2:40 p.m.	
EVOLUCION 1: Santiago de 9 años existe en buenas condiciones de salud Santiago hijo único tomado monoparental se evidencia un trabajo notable esfuerzo por parte de la progenitora en la implementación de estrategias de entorno que fomentan la funcionalidad en Santiago. Se brinda orientación ante cuestionamientos de la terapia lúdica frente a la Educación de Santiago.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: F-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2021

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá D.C. Día: 20 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 3:00PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Dominic Santiago Galeano

Documento de Identidad Nº: 1098206319

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 20-12-2024

Hora: 3:40 PM

Dominic Herrera

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

C.C. 1053346408

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES.

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: [illegible]	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/03/2022	Actualizacion: 22-06-2023

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Dennis Santiago Palacios TIPO ID: T.I NUMERO: 1041210314
FECHA DE ATENCION: 20-1-2024 DX: () HORA: 3:40 pm

EVOLUCION 1:

Paciente masculino de 19 años de edad, en buen estado general de salud. Se realiza entrevista semiestructurada, pautas motivacionales, fomentado incrementando autoeficacia mediante modelo de Ellis. Evoluciona sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Dennis Ramiro
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 20-12-24 CIUDAD: Barbosa, Santander

Yo Dennis María Herrera, mayor de edad, identificado con C.C. 1.099.208.289 actuando en nombre propio o como representante legal de Dominic Santiago Galeano identificado en la C.C.

DECLARO

Que he sido informado hoy 20 - Diciembre - 24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerinne Juliana Florez G. sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Trastornos del comportamiento.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapeuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Marco
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- o Aumento de la sintomatología: .....
- o Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- o Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Dennis Herrera
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1094208289

Terapeuta Ocupacional
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1094 297 708

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" UNICAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FM-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/07/2021	Actualización: 20-09-2020

SERVICIO: Terapia Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Dominic Santiago Galeano | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1004210314
FECHA DE ATENCION: 20-12-24 | DX: | HORA: 5:00 pm
EVOLUCION 1: Usuario ingreso al servicio en buenas condiciones, se evalua valoración donde se evidencia alteración en la motivación, capacidad de desempeño, alteración en el comportamiento y rutinas disfuncionales. Se establece dentro del plan de intervención fortalecer los procesos volitivos y valores de desempeño.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Danna Maria Alvino, mayor de edad, identificado con C.C. 1094268284 actuando en nombre propio o como representante legal de Danna Sofia Salazar Alvino identificado en la C.C. 1094276314

DECLARO

Que he sido informado hoy 20-dic-2024 por la Terapeuta: Laura Ruben Rubio sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Dislexia

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Dennis Herrera
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1004240281

Anna Rueda
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053.331.158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: Lenguaje

NOMBRE DEL PACIENTE: Dominic Santiago Gutierrez H | TIPO ID: TI | NUMERO: 1092103414

FECHA DE ATENCION: 20-dic-2023 | DX: disfasia | HORA: 03:10 pm

EVOLUCION 1: Paciente de 14 años ingresa a grado 8° por repetir por indisciplina y por inasistencia cuando lee pacientes disfasia y repetir en casa, T. de lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL: Erika Pachón

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Dennis Herrera

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: F-M-01	Versión: | Fecha Aprobación: 01/07/2021 | Actualización: 29-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA**
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL: **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

CENTRO

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE Damaris Santiago Herrera TIPO ID. T.I. NUMERO: 1099210314
FECHA DE ATENCION 20/12/24 DX HORA 03:45 PM
EVOLUCION 5:
Santiago 14 años. Ingresa en adecuadas condiciones de salud Es el segundo hijo de tres hermanos. Familia nuclear. Factores de cuadro de permisividad, no hay seguimiento ni control en tareas, la madre justifica a su hijo y sus conductas. No hay estasma de ruinas ni limites se ofrece pautas de cuidado

Damaris Herrera
FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FMG-1	Versión:	Fecha Aplicación: 01/08/207	Actualización:20-07-2020

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA.
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 05 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 11:12

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Andres felipe Saez Sanchez

Documento de Identidad Nº: RC 1059274345

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 05-Dic-2024

Hora: 11:12

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 1020728349

Nombre o firma del Psicólogo que la ejecuta
R.M. Nº TP. 218881
C.C. 1023904343
PSICOLOGO
T.P. 218881

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20 OF 2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Felipe Suarez		TIPO ID: R.C	NUMERO: 699213345.
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 11-12	

EVOLUCION 9:

Paciente en buen estado de salud, Paciente masculino de 7 años con posible TDA, cumple criterios Dsm V (1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F) realiza presentación y socialización de instrucciones se aplicas test Bender, plantea agenda sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL

Diana carolina Sanchez
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Felipe Suarez		TIPO ID: R.C	NUMERO: 699213345.
FECHA DE ATENCION: 11-Dic-12-2024	DX:	HORA: 11-00	

EVOLUCION 10:

Tuvimos paciente en buen estado general de salud se realiza terapia psicologica, estimulacion cognitiva, Reconocimiento Lectura, Jolación de problemas fortaleciendo atención focalizada. Finalizo sesión sin Complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Diana carolina Sanchez
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

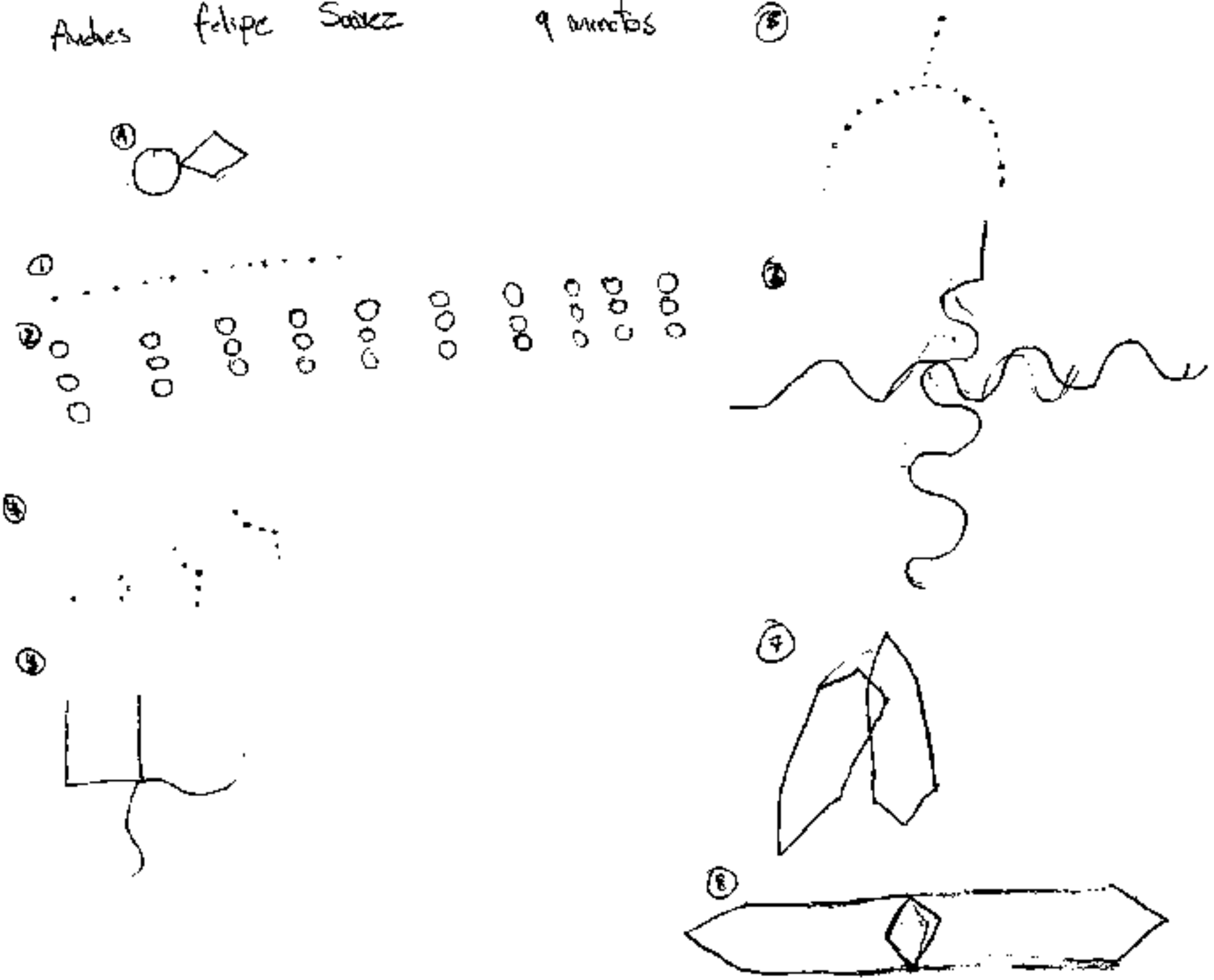
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Andres felipe Suarez 9 anexos



NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Diana carolina Sánchez, mayor de edad, identificado con C.C. 1020728349, actuando en nombre propio o como representante legal de Cardiel Felipe Suarez Sánchez identificado en la C.C. 1099217245

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta: ....., sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es Integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de Intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- ○ Broncoaspiración
- ○ Lesión Cavidad Oral
- ○ Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- ○ Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- ○ Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- ○ Hiperventilación
- ○ Mareo
- ○ Irritabilidad
- ○ Vértigo
- ○ Vómito
- ○ Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- ○ Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ○ Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Diana carolina Sánchez
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1020728349

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

Evaluación de Fonoaudiología

Nombre del Paciente: Andres Felipe Suarez Sanchez

Edad. 7 años

Género: Masculino

Condición de Discapacidad Diagnostica:

Fecha: 05/12/2024

Antecedentes Médicos y Desarrollo

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido alguna complicación durante el nacimiento?			X
2. ¿Ha habido alguna hospitalización o cirugía significativa?			X
3. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño? (gateo, caminar, etc.)	X		
4. ¿Cuándo comenzó a balbucear y decir sus primeras palabras?	X		
5. ¿Hay antecedentes familiares de problemas de comunicación o audición?			X

Evaluación Auditiva

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿El niño ha tenido infecciones de oído frecuentes?			X
2. ¿Reacciona a sonidos fuertes o inesperados? Depende de la ocasión		X	
3. ¿Parece no escuchar bien en ambientes ruidosos? Se distrae mucho	X		
4. ¿Se queja de dolor o molestias en los oídos?			X

Evaluación Orofacial y de Alimentación

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido problemas para succionar o masticar alimentos?			X
2. ¿Muestra dificultad para controlar la saliva?			X
3. ¿Presenta movimientos inusuales de la mandíbula, labios o lengua?			X

sigue ordenes simples, en ocasiones sigue ordenes
pero pocas veces repite palabras
para comunicarse

tiene dificultad para pronunciar sonidos y palabras, en
ocasiones sustituye palabras por otras, confunde
algunos fonemas y sonidos (a-e, d/b, p/q)
tiene inteligencia al momento de entender

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-AA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion: 20-07-2023

SERVICIO: Fonoaudiología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Felipe Suarez Sanchez		TIPO ID: R.C	NUMERO: 1049211335
FECHA DE ATENCION: 05/diciembre/2024	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1:			
El paciente tiene dificultad para pronunciar sonidos y palabras en ocasiones distorciona palabras, por ejemplo en ocasiones puede suprimir y de dos pasos de hacer puede quedar en uno, dice entender lo cual genera una mala expresión			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: FM-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20/09/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:

Yo Ana carolina sanchez, mayor de edad, identificado con C.C. 1020778349, actuando en nombre propio o como representante legal de andres felipe suarez sanchez identificado en la C.C. 1099223345

DECLARO

Que he sido informado hoy 05 diciembre 2021 por la Terapeuta Ocupacional: _____ sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: andres felipe suarez sanchez.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901198431

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- o Aumento de la sintomatologia. .....
- o Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- o Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

piana carolina Sanchez
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1020728349

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-m-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Felipe Sanchez S.		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099279345
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 10:50 am	
EVOLUCION 1: Ingresa paciente en buen estado de salud se observa dificultad para mantener su atencion, dificultad en el lenguaje a nivel expresivo; colabora valoraciones simples y complejas, pero no se permite realizar. Presenta dificultades a nivel escolar.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: F-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/03/2021	Actualizacion: 01-04-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISKCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H.M.01	Versión. 1	Fecha Aprobación. 01/05/2021	Actualización 20-07-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Felipe Suarez S.		TIPO ID: RC	NUMERO: 1099211345
FECHA DE ATENCION: 05/12/24	DX:	HORA: 10:05 a.m	
EVOLUCION 1: Familia monoparental, Andres Felipe es el segundo hijo de tres, actualmente y según relato de la progenitora fueron buenos procesos prenatales, todo en normal y limpio, sin eventualidades se evidencia sobreprotección, al abordar planteamiento del juego y de la Educación en esto, se deja tarea las cuales deben ser ejecutadas en casa.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualizacion:2021 2022

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCIÓN 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCIÓN 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCIÓN 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCIÓN 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Maria Elvesia Concelada G., mayor de edad, identificado con C.C. 1093907145 actuando en nombre propio o como representante legal de Dorian Mariana Moreno Concelada identificado en la C.C. 1145965286

DECLARO

Que he sido informado hoy 12-dic-2024 por la Terapeuta: Jaime Pedraza sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Trast. Lenguaje.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

Carrie Rachon
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053 331 138

COMISARIA DE FAMILIA

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Evaluación
NOMBRE DEL PACIENTE: Loren Mariana Moreno C. | TIPO ID: TI | NUMERO: 1149925286
FECHA DE ATENCION: 11 | 12 | 2024 | DX: Valoración | HORA: 8:45 am
EVOLUCION 1: Paciente de 15 años ingresa en buenas condiciones de salud. Actualmente vive con su hermana y abuela materna, padre ausente, niega lesiones al parecer debido a la violencia intrafamiliar por la que Loren fue víctima por muchos años por parte de su progenitor. Niegos de tabaquismo, tóxicos, alergias. Desabastecido, habitat no apto. Trabaja en peluquería para la venta

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Loren Mariana Moreno

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: F.M.01	Version: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2022 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S A S GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-FO	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2020	Actualización: 06/09/2023

SERVICIO: terapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Manuel Mora Gonzalez | TIPO ID: TI | NUMERO: 1143952286
FECHA DE ATENCION: 12-dic-2024 | DX: T. lenguaje | HORA: 08:22 am
EVOLUCION 1: Toma la tarea escrita bien tema de lenguaje, area familiar terapia psicologica, tiene semaforo de baja tolerancia, moviendo con las piernas

Anna Pachon
FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAPSAS
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FO-M-01	Versión: [illegible] Fecha Aprobación: 01/09/2022 Actualización: 27/09/2024

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Loren Mariana Moreno TIPO ID: CC NUMERO: 1145925286
FECHA DE ATENCION: 11/12/2024 DX: HORA: 9:00 Am
EVOLUCION 1:

Paciente femenino de 18 años de edad en buena Condición general de Salud, Se realiza Valoración Orientada en Autopercepción finaliza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | Loren Mariana Moreno
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: (MO)	Versión:	Fecha Aprobación: 21/Jul/22	Actualización: 02/09/2025

SERVICIO: Terapia Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Lesly Marina Moreno TIPO ID: TI NUMERO: 1152252786
FECHA DE ATENCION: 11-12-2025 DX: HORA: 09-30 Am
EVOLUCION 1:

Paciente Femenino de 16 años de edad en buen estado de salud, se realiza valoración motricidad fina, y Coordinacion bimanual. Finaliza sesión sin Complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y como todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 05 Mes: 12 Año: 2024 Hora: 6-10 pm

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Mariana Alexandra Garcia

Documento de Identidad Nº: 1161164271

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 05-12-2024

Hora: 6-10

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
CC 1051286076.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP
C.C. 1053866948

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISCAPS A.S
	GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMO	Version	Fecha Aprobacion: 01/03/22	Vencimiento: 28/02/2023

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Mariana Alexandra Garcia TIPO ID: T.I NUMERO: 1162152
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 DX: HORA: 2:10 PM
EVOLUCION 1:

Ingresa paciente femenino en buen estado de salud, realiza secuencia seguimiento de instrucciones, se aplica test bender, y finaliza sesion sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

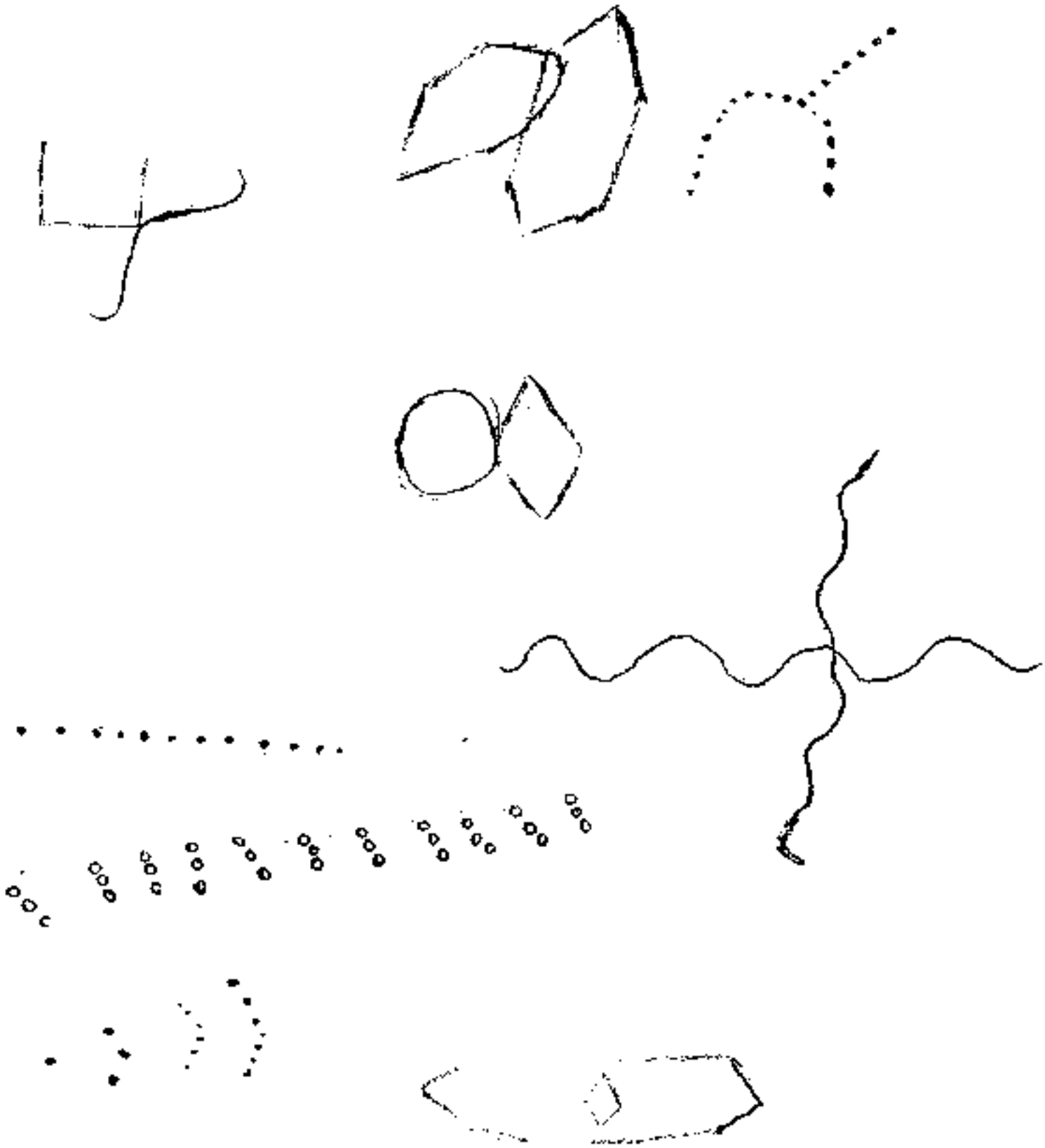
SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Mariana Garcia



DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1031286076.

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

DISXCAP

NIT 901196431

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 05/12/2024 CIUDAD: Barbosa. Santander.

Yo Rivelino García Mesa, mayor de edad, identificado con C.C. 1051686076, actuando en nombre propio o como representante legal de Mariana Alexandra García Henao identificado en la C.C. 1161216521

DECLARO

Que he sido informado hoy 05/12/2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Mariana Alexandra García.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- o Termoterapia
- o Masaje manual, Vibración
- o Movilizaciones articulares pasivas y activas
- o Estiramientos pasivos y activos
- o Balonterapia
- o Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- o Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- o Integración Sensorial
- o Educación al Paciente y al Cuidador
- o Plan Casero
- o Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Quemadura
- o Enrojecimiento de la piel
- o Mareo
- o Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- o Incremento del dolor
- o Fatiga muscular
- o Sincinecias o asimetría facial
- o Irritabilidad / llanto
- o Hipotensión ortostática
- o Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Mariana Alexandra García | TIPO ID: | NUMERO: 1.161.716.521

FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 | DX: | HORA: 2:45 pm

EVOLUCION 9:

Ingresa paciente en buen estado de salud. Dificultad del lenguaje, manifiesta lo que desea, pero le falla conjugar frases. Presenta dificultades a nivel escolar.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DIS - CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Mariana Garcia Ramirez		TIPO ID: TI	NUMERO: 1161216521
FECHA DE ATENCION: 05/12/24	DX: [illegible]	HORA: 5:00 pm	
EVOLUCION 9: Familia monoparental por parte de padre, actualmente vive con papa y la pareja del mismo, al parecer la genera trato mal a Mariana. Se evidencia por medio de los relatos la relacion afectuosa entre relacion filioparentales. Juiciosa trabajo en la parte emocional. Se brinda apoyo y escucha activa.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FO-GC-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/08/2023	Actualización: 01/08/2023

SERVICIO: T. Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Mariana Alexandra Garcia TIPO ID: T.I NUMERO: 1160216[illegible]
FECHA DE ATENCION: 05-12-24 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
El menor ingresa en compañía de su acompañante, se evidencia buen proceso en la estimulación de palabras, subvocal de escritura bajo supervisión

FIRMA DEL PROFESIONAL: [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: [signature]

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 20 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 02:27

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Erick Felipe Herrera T.

Documento de Identidad Nº: 1082166633

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 20-12-2024

Hora: 02:27

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que capacita
C.C.

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información ofrecida, he decidido no otorgar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

VIS VAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-W-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Erick Felipe Herrera T		TIPO ID: TI	NUMERO: 1095216633
FECHA DE ATENCION: 20/12/2024	DX:	HORA: 02:27	
EVOLUCION 9: Paciente masculino de 8 años, en buen estado de Salud, receptivo en, sesión alteraciones presentes conductas desapropiadas, conductas desajustadas y desviadas. finaliza Sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:

Yo Dennis María Herrera, mayor de edad, identificado con C.C. 1.099.208.299, actuando en nombre propio o como representante legal de Erick Felipe Herrera Trasbaina identificado en la C.C. 1.099.216.633

DECLARO

Que he sido informado hoy 20 Diciembre 21 por la Terapeuta Ocupacional: Estefanie Juliana Flórez sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Trastornos del comportamiento.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- o Termoterapia
- o Masaje manual, Vibración
- o Movilizaciones articulares pasivas y activas
- o Estiramientos pasivos y activos
- o Balonterapia
- o Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- o Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- o Integración Sensorial
- o Educación al Paciente y al Cuidador
- o Plan Casero
- o Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Quemadura
- o Enrojecimiento de la piel
- o Mareo
- o Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- o Incremento del dolor
- o Fatiga muscular
- o Sincinecias o asimetría facial
- o irritabilidad / llanto
- o Hipotensión ortostática
- o Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Dennis Herrera
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1098208289

Terapeuta Ocupacional
T.P. [illegible]
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1098.277.708

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Terapia Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Exc. Felipe Herrero TIPO ID: T.I NUMERO: 1099346633
FECHA DE ATENCION: 20-12-24 DX: HORA: 4:20 pm
EVOLUCION 6: Usuario regresa al servicio en buenas condiciones en la valoración se evidencia alteración en la atención, habilidades ejecutivas y conducta se establece plan de intervención direccionado a fortalecer los procesos cognitivos se finaliza sin evento adverso

Terapeuta Ocupacional
T.P 1694277108
Uniempresas

Felipe Herrero
FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAT S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FM-17	Versión:	Fecha Aprobación: 03/05/202	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901194411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación

- ● Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Dennis Herrera
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1049268201

Gime Pacheco
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1083-337-158

NIT 901196811

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Diana María Herrera, mayor de edad, identificado con C.C. 1019220290, actuando en nombre propio o como representante legal de Sindy Felipe Huella Inalcuna identificado en la C.C.T.C 1091216633.

DECLARO

Que he sido informado hoy 20-dic-2024 por la Terapeuta: Diana Paulina Pachon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Lenguaje

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-FA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia de lenguaje			
NOMBRE DEL PACIENTE: Erick Felipe Rivera Fonseca		**TIPO ID:** TI	**NUMERO:** 1091216633
FECHA DE ATENCION: 20-dic-2024	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 1: Paciente de 8 años ingresa a grado 2° porque la sept. pregunta la letra escribe muy pequeño			
FIRMA DEL PROFESIONAL Carla Pachón		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Oscar Herrera	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL:		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: F-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/07/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Erick Felipe Herrera Trasmonte TIPO ID: T.I NUMERO: 1099216633
FECHA DE ATENCION: 20/12/2024 DX: HORA: 02:27
EVOLUCION 6
Erick felipe 8 años ingreso en adecuadas condiciones de salud, hijo menor de 3 hermanos familia nuclear, Estilo parental de permisividad. La mamá refiere que felipe sale de la casa y no respeta los pitares impuestos en el hogar. Control de impulsos, ausencia de llanto de enojo.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

[illegible]	Versión:	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-07-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCIÓN 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCIÓN 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y conciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desea.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 09 Mes: 12 Año: 2019 Hora: 5:00

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Víctor Germán Rojas Chaux

Documento de Identidad Nº: 1073715518

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 09-12-2019

Hora: 5:00

Paola Cheryl Cabrera
Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 1094204495

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o TP
C.C. 1053866948 Psic. Daniel Gallardo
Cel: 324 223 90 43
PSICOLOGO
TP. 248961

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Gaidon Geraldine Rojas		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1127[illegible]8
FECHA DE ATENCION: 01-12-2024	DX:	HORA: 5:00	
EVOLUCION 1:			
Paciente masculino de 8 años en buen estado general de salud, con trastorno de habilidades escolares, TDAH, Segmentación, Sin dificultad y seguimiento de instrucciones, se aplica test Bender, Familia y Sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Paola Charry Contreras FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

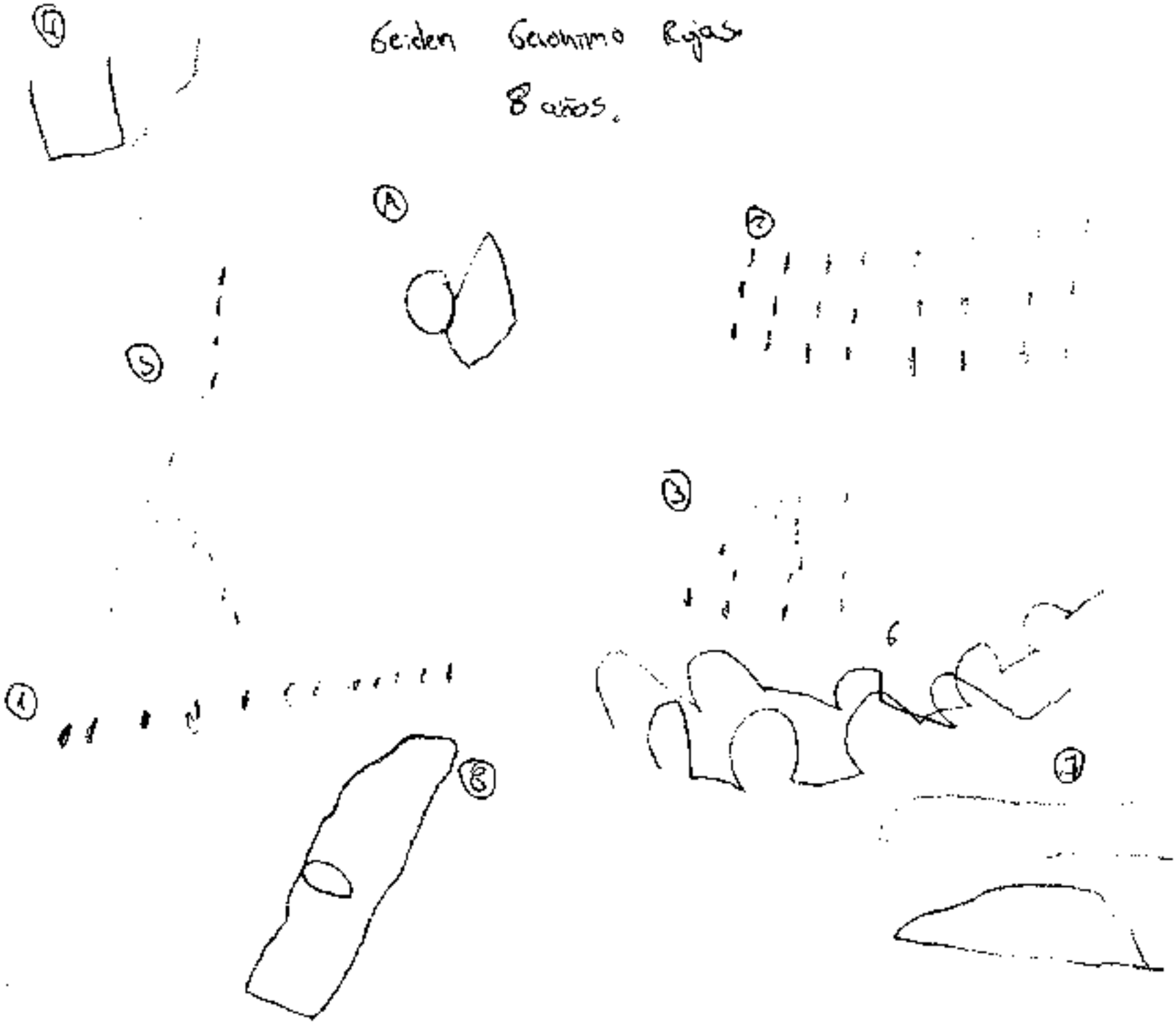
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

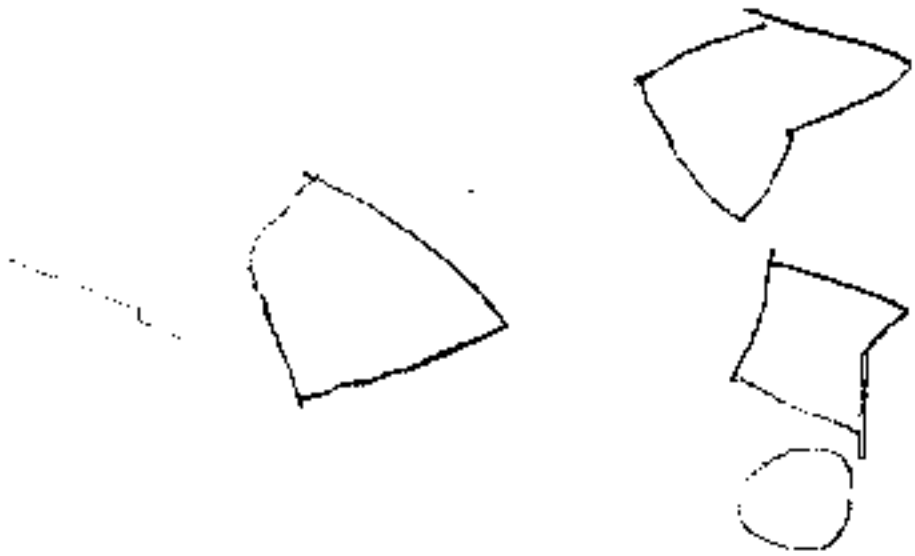
	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2020

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Geiden Geronimo Rojas

8 años.





NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Laura Gomez, mayor de edad, identificado con C.C. [illegible], actuando en nombre propio o como representante legal de Catalina Rojas Chaux identificado en la C.C. 1022343518

DECLARO

Que he sido informado hoy 1 dic 2021 por la Terapeuta: Daniela Medina sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Dificultad del aprendizaje

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brinda mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901195411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- ○ Broncoaspiración
- ○ Lesión Cavidad Oral
- ○ Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- ○ Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- ○ Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- ○ Hiperventilación
- ○ Mareo
- ○ Irritabilidad
- ○ Vértigo
- ○ Vómito
- ○ Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- ○ Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1'053.334.158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MÉDICAS

Codigo: F-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/09/2021	Actualizacion: 01 Sep 2022

SERVICIO: T. Lenguaje

NOMBRE DEL PACIENTE: Lorenzo Lopez Charly TIPO ID: T NUMERO: 1047 [illegible]

FECHA DE ATENCION: 11-Dic-2024 DX: [illegible] HORA: 11:29 am

EVOLUCION 6: Oralidad del aprendizaje, atento, memora corto plazo, comprende 1-2 y 3 de dificultad = T. lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL: [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Laura Gomez

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX. HORA:

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: II-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: Niña Isabela Ramon Pinzon **TIPO ID:** TI **NUMERO:** 1097659674

FECHA DE ATENCION: 11 - Dic - 2024 **DX:** Disbasia **HORA:** 11:00 am

EVOLUCION 1: Problemas de escritura - Disgrafia - Dispraxia - Operada con la Cx descalcula, estuvo en fonoaudiologia, ortopedia, terapia ocupacional

FIRMA DEL PROFESIONAL Sara Ramon.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Yasmin Pinzón

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: HHH01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-07-2020

SERVICIO: T. Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Helder Jeronimo Rojas C. | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1072715518

FECHA DE ATENCION: 09-12-2024 | DX: | HORA: 4:45 pm

EVOLUCION 5: Ingreso Paciente en buen estado de salud. Desde hace 3 años presenta dificultades escolares, muestra desinteres en el aula de clase y en casa su madre manifiesta no tener paciencia en la orientación y refuerzo escolar.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:29-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Baitón

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Yeiromma Yoiss Charry | TIPO ID: TI | NUMERO: 1082713518

FECHA DE ATENCION: 09 | 12 | 24 | DX: | HORA: 04:00

EVOLUCION 9: Paciente asiste a sesión en buenas condiciones de salud, es hermano gemelo de 2 hijos del hogar. Familia disfuncional, posible violencia intrafamiliar. Actualmente padres separados, familia monoparental, los padres de Ella eleges autoridad negligente amenaza. No hay reforzadores claros establecidos se entrega tarea de Yoga invitando paciente

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Paola Charry

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 20 Mes: Diciembre Año: 2024 hora: 02-10 P/M

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Carlos Julian Medina

Documento de Identidad Nº: 1020924948

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 20-Dic-2024

Hora: 02-10 PM

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

C.C. 1053546948

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesta que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento para:

OBSERVACIONES:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: [illegible]	Version	Fecha Aprobacion: 01/10/20	Actualizacion: 01/04/2020

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Carlos Julian Medina TIPO ID: T.I NUMERO: 1020712198
FECHA DE ATENCION: 20/12/2021 DX: HORA: 03:10 PM
EVOLUCION 1:

Paciente de 17 años en buenas condiciones generales de salud, paciente receptivo en seguir instrucciones, buena colaboracion conductas desadaptativas, y posible pensamientos irracionales. Finaliza sesion sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 20-12-24 CIUDAD: Barbosa, Santander.

Yo Edwin Medina, mayor de edad, identificado con C.C. 91.720.310, actuando en nombre propio o como representante legal de Carlos Julian Medina identificado en la C.C. 1.101.092.198

DECLARO

Que he sido informado hoy 20 - Diciembre - 24 por la Terapeuta Ocupacional: Estefanny Juliana Flórez sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Trastorno de aprendizaje.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 84120340

Terapeuta Ocupacional
T.P. 1094277706
Cundinamarca

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1.094.277.706

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-fo-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/06/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Carlos Julian Medina | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1.102042.148
FECHA DE ATENCION: 30-11-24 | DX: | HORA: 5:00 pm
EVOLUCION 1:
Usuario ingresa en buenas condiciones se realiza valoracion donde se evidencia alteracion en el comportamiento, motivación y patrones de desempeño la intervencion tiene como objetivo fortalecer la valoracion y patrones de desempeño
No se presento evento adverso

Terapeuta Ocupacional
T.P 1094277108
Cartagena de Indias

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Edwin Medina Barreto, mayor de edad, identificado con C.C. 84420310 actuando en nombre propio o como representante legal de Carlos Julian Medina Cortes identificado en la C.C 1102092198

DECLARO

Que he sido informado hoy 20-dic-2024 por la Terapeuta: Erica Yohana Hechavarria sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Disfonia organica.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 8.170.316

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIB A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2001	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia fc			
NOMBRE DEL PACIENTE: Cristian Julian Medina Cortés		TIPO ID: TI	NUMERO: 1102074 [illegible]
FECHA DE ATENCION: 20-Dic-2024	DX:	HORA: 3:35 pm	
EVOLUCION 1: Paciente de 9 años cursa grado sexto refuerzo ortografía			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Cod. Pg.: 1 - M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 27-11-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

CITE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-J-F01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Carlos Julian Medina | TIPO ID: TI | NUMERO: 1002972198
FECHA DE ATENCION: 20 \| 12 \| 2024 | DX: | HORA: 02:48 PM
EVOLUCION 1:
Julian 12 años, repitente de grado 6°, ingresa en buenas condiciones de salud, hijo menor de 2 hermanos, familia nuclear, adecuadas relaciones filioparentales, estilos parentales de amor con autoridad. Ocupacional trabajan Técnico de estudio. Estrategia de afrontamiento en sus relaciones interpersonales.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que estén basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en este momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y si tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 18 Mes: Diciembre Año 2024 Hora 04:10 pm

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Mathias Peña Villamil

Documento de Identidad Nº: 1055625030

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento:

Hora: 04:10 PM

Nombre y firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1057678684

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1059316948

Testigo

C.C.

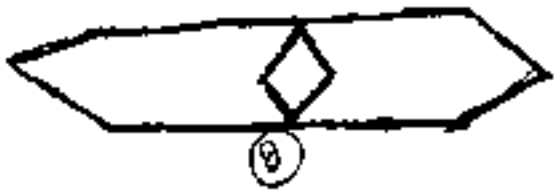
Paola Daniela Villamizar
Cel: 324 223 50 49
PSICOLOGO
T.P. 245661

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

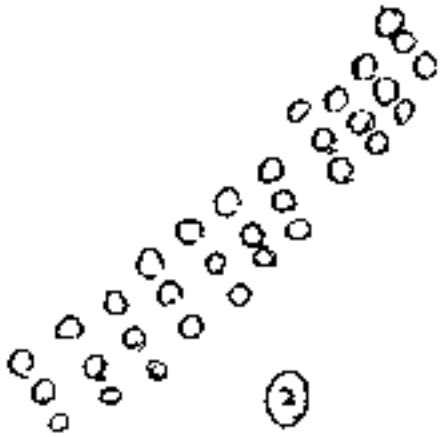
Mathias Pena Villamil



8



1



2



3



9



7



4



6



5

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: [illegible]	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2019	Actualizacion: 20-09-2021

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Mateus Peña William TIPO ID: T.I NUMERO: 1055625036
FECHA DE ATENCION: 18-12-2024 DX: HORA:
EVOLUCION 1: Paciente de 10 años de edad en buen estado de salud, cumple Criterios DSM V para TDAH (1A,1B,1D,1E,1F,1H,1I,2A,2B,2E,2F 2H,2I,2J,3) Presenta discapacidad Severa a situaciones Adversas Segun Escala Conductas Impulsivas y Ansiosas Primera Sesion sin Complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 18-12-2024 CIUDAD:

Yo Jade Luciana Pena Soto, mayor de edad, identificado con C.C. 1093678862, actuando en nombre propio o como representante legal de Nathan Peña Villamil identificado en la C.C 1025523030

DECLARO

Que he sido informado hoy Miercoles 18-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1054698691

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-Ja-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Mathias Peña Villamil		TIPO ID: TI	NUMERO: 1055252030
FECHA DE ATENCION: 19-12-2024	DX:	HORA: 2:00 pm	
EVOLUCION 1: Ingresa paciente en buen estado de salud. Presenta alteración en su conducta colérica y en ocasiones, dificultad en embarar desde este año, su padre manifiesta que por motivo de cambio de docente, no se permite recibir indicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FA-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Actualizacion: 23-09-2021

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: 18/12/2024 CIUDAD:

Yo José Wilmer Pena Saenz, mayor de edad, identificado con C.C. 1.054.628.684, actuando en nombre propio o como representante legal de Mathias Peña Villamil identificado en la C.C. 1.098.525.503

DECLARO

Que he sido informado hoy 18-Dic-2024 por la Terapeuta: Carmen Ramon Ramon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196413

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado. y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FIRMAR
C.C. 1054678289

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053 337 158

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FM-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/03/2017	Ultima Revision: 20/09/2023

SERVICIO: Terapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Restrepo TIPO ID: TI NUMERO: 1035250330
FECHA DE ATENCION: 18-dic-2024 DX: HORA: 5:15 pm
EVOLUCION 1: Agente de tránsito, ingreso a 5°, equipo ortopedia, lee muy bien.

FIRMA DEL PROFESIONAL: [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: [signature]

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA.
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CITE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Rohnas Jara Villamil TIPO ID: T.I NUMERO: 1005525030
FECHA DE ATENCION: 13/02/24 DX: HORA: 02:55 PM
EVOLUCION 6:
Rohnas 16 años 5° primaria. Ingresa en adecuadas condiciones de salud es el segundo hermano de tres hijos, adecuadas relaciones familiares. Rohnas le cuesta seguir instrucciones y acatar normas básicas del hogar. Problemas de actitud y comportamiento. Se brindan pautas de cuidado familia educativo tanto Físico-ambiental

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE [signature]

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX: HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
[illegible]	Version: | Fecha Aprobacion: 01/06/20[illegible] | Actualizacion: 20-07-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordaré previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que la pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 09 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora 04:30

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Andres felipe Pardo

Documento de Identidad Nº: 1078893671

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 09- Diciembre 2024

Hora: 4:30

Enrique Pardo Moguea

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 37670530

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº 0 72

C.C 1053846948

Testigo

C.C.

Pedro Daniel [illegible]
Cel: 324 233 80 41
PSICOLOGO
T.P. 248841

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

Andres felipe Pardo

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Psicologia

NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Felipe Pardo | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1028893041

FECHA DE ATENCION: 04-12-2023 | DX: | HORA: 04:30

EVOLUCION 1:

Paciente masculino de 9 años en buen estado de Salud, Paciente con criterios DSM V para TDAH CIE 10 (F-90.2 F90.1 F90.0) poca tolerancia a la frustración, con conductas agresivas activas en el colegio. Se realiza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Emilio Pardo Mosquera

SERVICIO: Psicologia

NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Felipe Pardo | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion 20 09 2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: AAM05	Versión:	Fecha aprobación: 01/08/2022	Ultima actualización: 01-09-2023

SERVICIO: T. Terapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Temperano | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1028854304
FECHA DE ATENCION: 09-12-24 | DX: | HORA:
EVOLUCION 1:
El menor ingresa con su acompañante, responde a cada uno de los cuestionamiento que se le realizan, adecuada articulación y fluidez expresiva

FIRMA DEL PROFESIONAL: Firma Pachón | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Emilce Parra Vasquez

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 09/12/2024 CIUDAD:

Yo Emilce Pardo Vasquera, mayor de edad, identificado con C.C. 37630539, actuando en nombre propio o como representante legal de Andres Felipe Pardo identificado en la C.C. 1.029.839.971.

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Emice Erdo Mosqueva

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 37670530

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

Sede E

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H M D I	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20 09 2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Felipe Pardo M.		**TIPO ID:** T. I	**NUMERO:** 1.025.993.091
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024	**DX:**	**HORA:** 4:00 pm	
EVOLUCION 9: Ingresa Paciente con buen estado de salud. Presenta dificultad escolar y alteración en la conducta (agresivo en ocasiones) de comportamientos desafiantes/opositores, lo cual limita su desempeño en las áreas familiares, escolares y sociales.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Ismael Pardo	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

Gaitan

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAPS A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/09/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Felipe Rondo Montero		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1152893071
FECHA DE ATENCION: 8/12/24	DX:	HORA: 10:20 a.m	
EVOLUCION 1: Andres Felipe ingresa en adecuadas condiciones de salud. El menor en mencion vive en familia monoparental, es el hijo menor de dos hermanos. No hay estilos parentales de crianza, relacion ausente y distante con su padre. No acata ni obedece ordenes, no hay respeto por figura de autoridad. Abordaje de pautas de crianza para trabajo en casa.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	Yenifer Parra 1140540674

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: HM-01	Version: 1 | Fecha Aprobacion: 01/03/2021 | Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: 05/ Diciembre / 2024 CIUDAD: Bucaramanga

Yo Dilan Felipe Ortiz Ariza, mayor de edad, identificado con C.C. 1099206272, actuando en nombre propio o como representante legal de Juan David Barrero Ortiz, identificado en la C.C. 1007252806.

DECLARO

Que he sido informado hoy _____ por la Terapeuta: _____ sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: _____.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatologia .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- o Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

por apoderado

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1094 206 237

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MÉDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Fonoaudiología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan David Bolaño		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1103557206
FECHA DE ATENCION: 05 Octubre 2024	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1:			
El paciente en ocasiones se distrae fácilmente, presenta una concentración irregular y la toma de interlocutor, tiene dificultad de			
espera y comprensión, tiene dificultad para procesar sonidos, se dificulta cuando no se da a entender			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO: Fonoaudiología			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 05 Octubre 2024	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL:		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: F-M-01	Version: 1 | Fecha Actualización: 01/03/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Evaluación de Fonoaudiología

Nombre del Paciente: Titon David Bareño

Edad: 14 años

Género: Masculino

Condición de Discapacidad Diagnostica: Atencion Dispersa

Fecha: 05/ Diciembre / 2024

Antecedentes Médicos y Desarrollo

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido alguna complicación durante el nacimiento?			X
2. ¿Ha habido alguna hospitalización o cirugía significativa?			X
3. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño? (gateo, caminar, etc.)	X		
4. ¿Cuándo comenzó a balbucear y decir sus primeras palabras?	X		
5. ¿Hay antecedentes familiares de problemas de comunicación o audición?			X

Evaluación Auditiva

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿El niño ha tenido infecciones de oído frecuentes?			X
2. ¿Reacciona a sonidos fuertes o inesperados?			X
3. ¿Parece no escuchar bien en ambientes ruidosos?		X	
4. ¿Se queja de dolor o molestias en los oídos?			X

Evaluación Orofacial y de Alimentación

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido problemas para succionar o masticar alimentos?			X
2. ¿Muestra dificultad para controlar la saliva?			X
3. ¿Presenta movimientos inusuales de la mandíbula, labios o lengua?			X

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 05/12/2024 CIUDAD:

Yo Blas Afro Alvis, mayor de edad, identificado con C.C. 10.99.206.227, actuando en nombre propio o como representante legal de Juan David Barrio Afro A. identificado en la C.C. 1.101.752.706.

DECLARÓ

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:2024-2022

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan David Bareño Zafra		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1 017 57 906
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 9 43 am	

EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Presenta dificultades a nivel escolar, dificultad en su desempeño al realizar actividades de motricidad fina, problemas de mantener su atención.

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan David Bareño Zafra		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1 017 57 906
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024	DX:	HORA: 10:30 am	

EVOLUCION 2:
Ingresa paciente en buen estado de salud: Se realiza actividades para reforzar motricidad fina, como rasgado y pegado.

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FM-08	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2024	Actualización 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAPAS GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FAQE	Version: 1	Fecha Aprobación: 31/01/22	Actualización: 31/01/2022

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan David Bareño Zeno | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1101757206
FECHA DE ATENCION: 05/12/24 | DX: [illegible] | HORA: 10:30 a.m.
EVOLUCION 1: Paciente llega en adecuadas condiciones de salud, refiere consumo de 2 bebidas. Relación Familiar conflictiva. El menor no asiste normal en el hogar. Nivel de la red se encuentra en etapa del duelo caracterizado por la búsqueda de Independencia y afirmación de identidad. Trabajo en pautas de crianza, redes de apoyo.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: [illegible]	Versión: [illegible] Fecha Aprobación: 01/05/2023 Actualización:20/09/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 05 Mes: Diciembre Año: 2019 Hora: 09-00 AM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:
Julian David Bocanegra Zapa
Documento de Identidad Nº: 1.101.223.206
Nº de Historia Clínica:
Fecha de Diligenciamiento: 05 - Diciembre - 2019
Hora: 09-00

Pilar Pérez Ortiz.
Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
CC 1099206277

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o TP
C.C. 1033766498.
Psicólogo
Cel: 324 220 5143
PSICOLOGO
T.P. 244551

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO
Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiere deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de entemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que la pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Julian David Rincon | TIPO ID: T. | NUMERO: 1.101.757.706

FECHA DE ATENCIÓN: 05-11-2024 | DX: | HORA: 09-40 AM

EVOLUCION 9:

Ingresa en buenas condiciones generales de salud, Paciente Masculino la cual se le realiza diagnostico Trastorno Mixto TDAH, receptivo a instrucciones y buena relación Alguna Dificultad Hiperactividad se aplica test Bender, Familia genera sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCIÓN 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

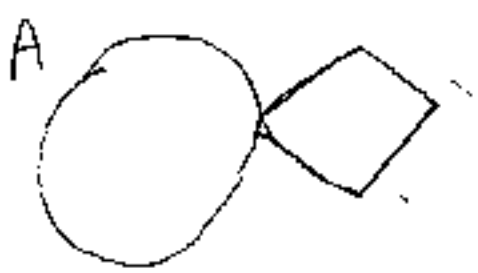
SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

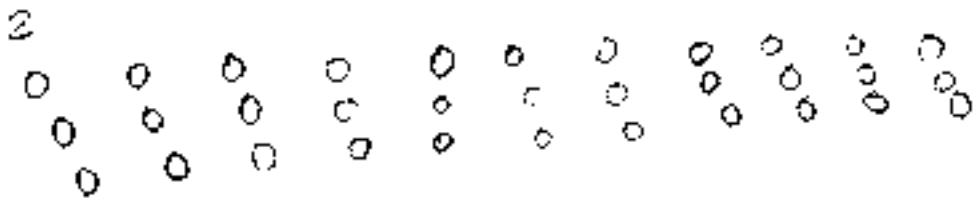
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

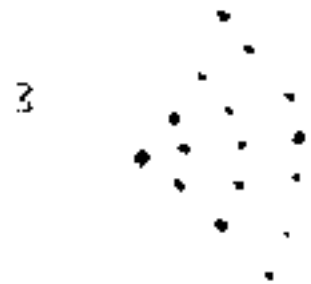
EVOLUCION 12:

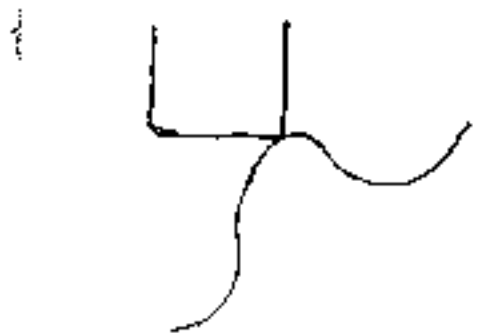
FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE







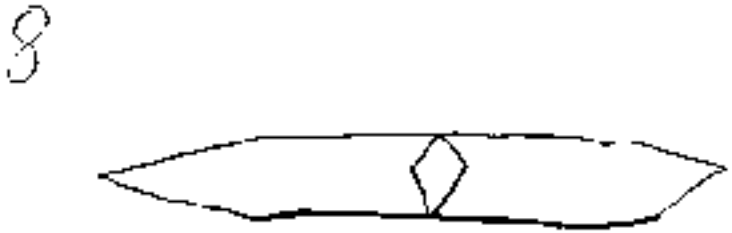












Juan David Barreño Zorro edad: 14 8 Minutos

8				
9				
10				
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL COORDINADOR:				

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y si tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijados por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que lo manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día 12 Mes Diciembre Año 2024 Hora 02-30 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Emily Anyi Aguilar

Documento de Identidad Nº: 1099216881

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 12-12-2024

Hora: 01:30 PM

Lidia Aguilar

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 28 034 255

Nombre o firma del Psicólogo que lo atiende

C.C 1093346948

Pedro David Quintero
Cel. 324 223 90 [illegible]
PSICOLOGO
TP. 215881

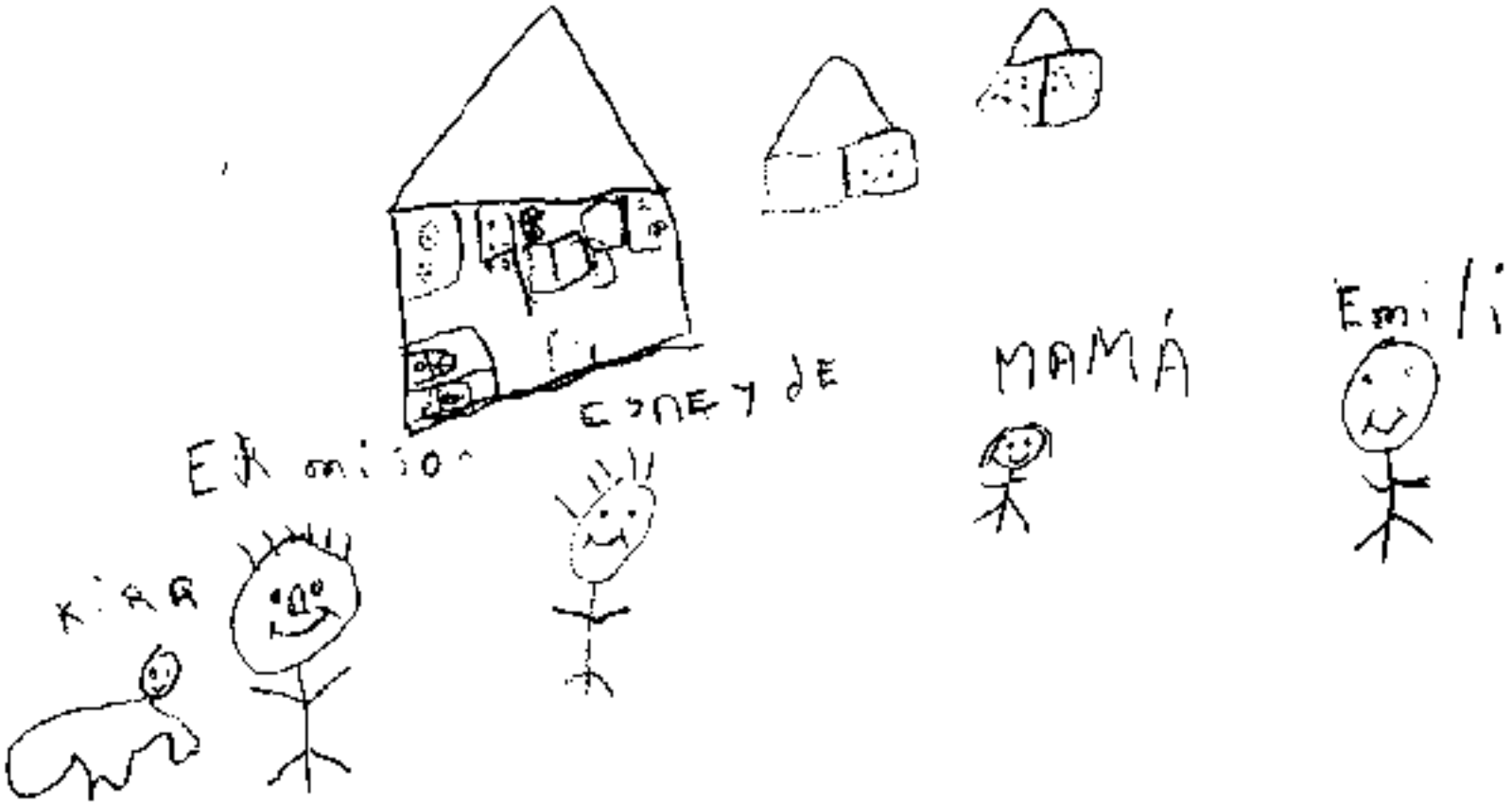
Testigo

C.C.

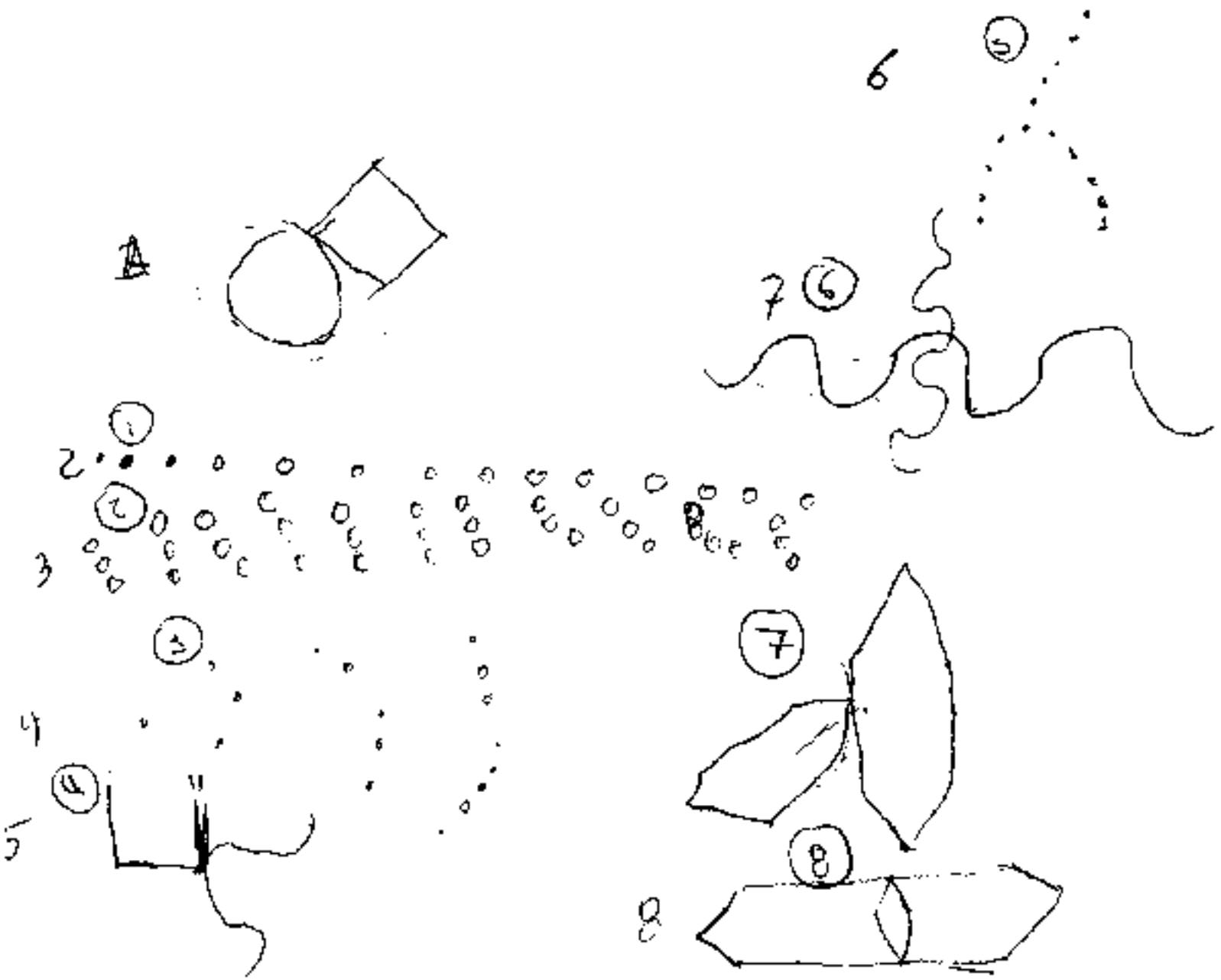
NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento para:

OBSERVACIONES:



Emili Arcos Aguilar



Emili Anza Aguilar

Abi Aunanilla llamadasofIA AQUIEN LEEn ESPERA
aunque DETARS las palABRAS
VECES

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: E.N.I. Arizo Aguilar		TIPO ID: T.I.	NUMERO: 0992158801
FECHA DE ATENCION: 12-12-2023	DX:	HORA: 02:30 PM	
EVOLUCION 1: Paciente femenino de 9 años de edad en buenas condiciones generales de salud, cumple con criterios DSM-V para Trastorno específico del Aprendizaje - lectura y escritura (Al, As, Ay, As, Ac) se implementa plan casero se aplica test bender, paciente asiste sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: E.N.I. Arizo Aguilar	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196413

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 17-12-2024 CIUDAD:

Yo Lidia Aguilar, mayor de edad, identificado con C.C. 28934255, actuando en nombre propio o como representante legal de Emili Alexa Aguilar identificado en la C.C. 1049625887

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caidas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 28 02 4 255

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAPSAS

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMO1	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/08/2022	Actualizacion: 20-04-2023

SERVICIO: T. Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Emily Ariza Aguilar TIPO ID: T.I NUMERO: 1.099.215.881
FECHA DE ATENCION: 17-12-2024 DX: HORA: 4:15 pm

EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Se identifica dificultades escolares, (lecto-escritura y omite palabras en dictado). Problemas para mantener su atención, comenta la mama que desde hace varios años, su rendimiento academico bajó, debido a palabras y maltratos por parte de su padre.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- # Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Lidia Aguilar
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 28034255

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053333158

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Lidia Aguilar, mayor de edad, identificado con C.C. 28034255, actuando en nombre propio o como representante legal de Emily Ariza Aguilar identificado en la C.C. 1076445881

DECLARO

Que he sido informado hoy 12-Dic-2024 por la Terapeuta: Carmen Muñoz Ochoa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Dislexia Disgrafia.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/09/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Emil Arroyo Aguilar		**TIPO ID:** C.C	**NUMERO:** 1091215801
FECHA DE ATENCION: 17-dic-2024	**DX:**	**HORA:** 2:00 pm	

EVOLUCION 1: Paciente 9 años ingresa a 4ª dulce, diagnostico, uso de una familia disfuncional, victima de agresiones y violencia intrafamiliar se requiere terapia de lenguaje y psicologia.

Lidia Aguilar

FIRMA DEL PROFESIONAL Erika Pachon. | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: FM-01	Version: 1 | Fecha Aprobacion: 20/05/2021 | Actualizacion: 20/05/2021

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 7.

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Emily Niño Aguilar TIPO ID: T.I. NUMERO: 1098215881
FECHA DE ATENCION: 17/12/2024 DX: HORA: 04:03 PM
EVOLUCION S:
Emily de 9 años, ingresa a servicio de psicología en optimas condiciones de la cual narra de 6 hermanos. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR por parte de su padrastro hacia su mamá, a percibe la niña se ha visto afectada por los conflictos puesto que ambos padres lo han involucrado en estas situaciones. Se brindan tecnicas de calma - Fidia

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION S

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION S

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION S

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que estén basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les pueda ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que este fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 05 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 03:30

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Dana Melisa Sanchez

Documento de Identidad Nº: 1.102.488.206

Nº de Historia Clínica: _____

Fecha de Diligenciamiento: 05-12-2024

Hora: 03:30

María Fernanda Afanador

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1.102.488.206 de Oiba

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o T.P.

C.C. 1053546948

Testigo

C.C.

Psic. David Villamil
Cel: 324 223 90 43
PSICOLOGO
T.P. 248563

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

VIS-CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: Psicologia

NOMBRE DEL PACIENTE: Dora Melisa Sanchez | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1.102.488.697

FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 | DX: | HORA: 03-30

EVOLUCION 1:

Paciente en buenas Condiciones generales de Salud, Paciente femenino de 13 años, Diagnostico Discapacidad Intelectual No especificado Trast. Mixto de habilidades escolares sigue instrucciones y secuenciación. Finaliza Sesión Sin Complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: María Fernanda Afanador S.

SERVICIO: Psicologia

NOMBRE DEL PACIENTE: Dora Melisa Sanchez | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1.102.488.697

FECHA DE ATENCION: 04-12-2024 | DX: | HORA: 06-00

EVOLUCION 2:

Paciente en buenas Condiciones generales de Salud. Se realiza actividad de Secuenciación y Solución de problemas Finaliza Sesión Sin Complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: María Fernanda Afanador

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

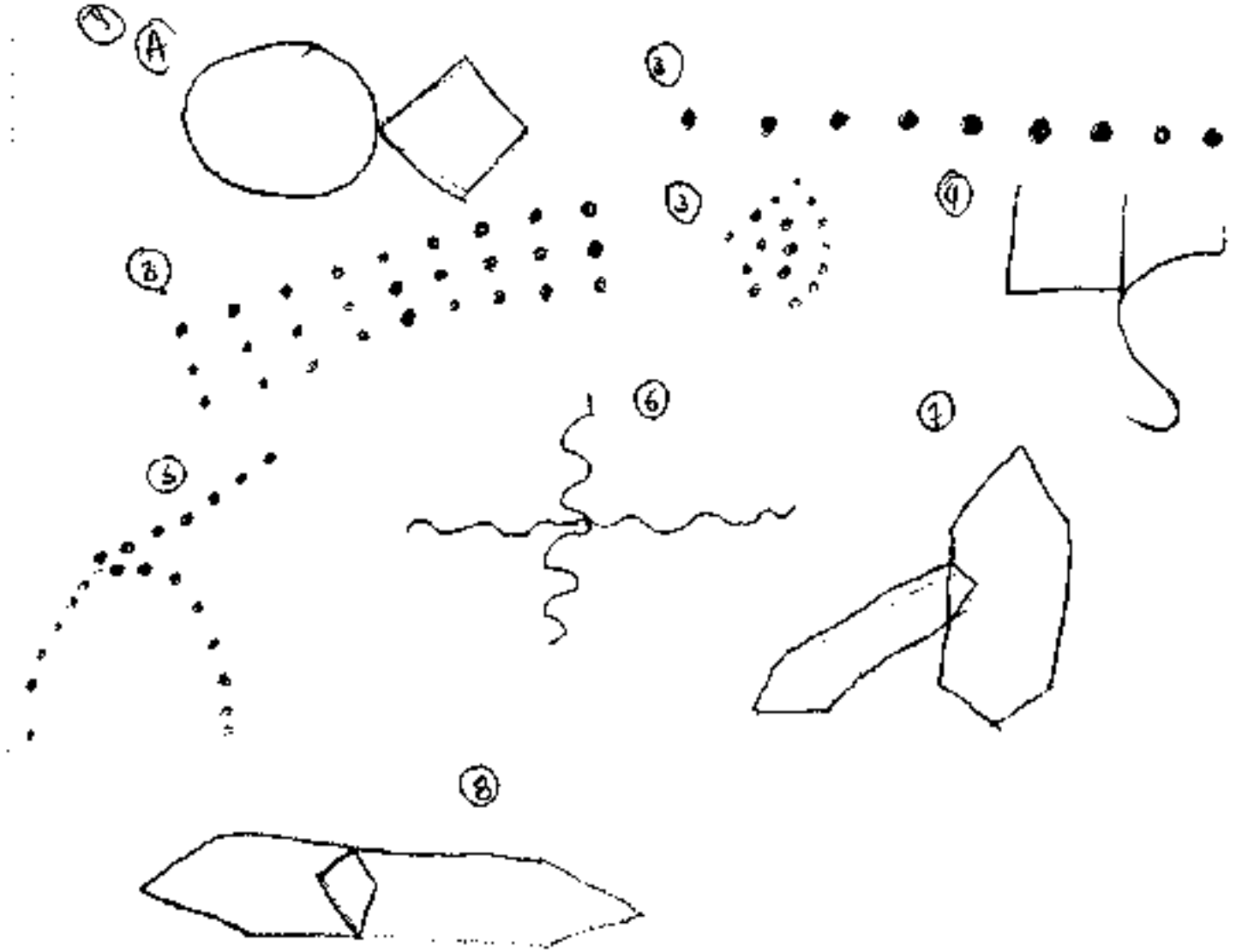
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión:	Fecha Aprobación 01/06/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



Dana Melisa sanchez sanchez

13 años

DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: F-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 25-09-2023

DISXCAP

NIT 901196413

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 05-12-2024 CIUDAD:

Yo María Fernanda Alcocer Sánchez, mayor de edad, identificado con C.C. 1'102'466-206 de Ocaña, actuando en nombre propio o como representante legal de Diana Melissa Sánchez Sánchez identificado en la C.C. 1'102'466-642

DECLARO

Que he sido informado hoy 05-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Diana Melissa Sánchez.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

María F. Affanador

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1102486206 Ibagué

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H M 01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20 09 2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Dana Melisa Sanchez S		TIPO ID:	NUMERO: 1010248672
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 9:00 am	

EVOLUCION 9:
Ingresa paciente en buen estado de Salud. Desde el año pasado presenta dificultades a nivel escolar, como hija que vive con los tios. Dificultad en el lenguaje y a nivel comprensivo: entiende indicaciones simples y complejas, pero se le dificulta realizar las complejas. dificultad en actividades de motricidad fina.

FIRMA DEL PROFESIONAL	*Maria Fernanda Afanador S FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Dana Melisa Sanchez S		TIPO ID: TI	NUMERO: 1010248672
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024	DX:	HORA: 11:40 am	

EVOLUCION 10:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Se realiza actividad el fortaleciendo su motricidad fina, grafomotor, rasgado.

FIRMA DEL PROFESIONAL	*Maricela Martinez Garnica FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Hair Stiven Rodriguez M		TIPO ID:	NUMERO: 1050618199
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA:	

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL	*Maricela Martinez Garnica FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualización:20 09 2021

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Tania Fleitas Lopez | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1.102.498.642

FECHA DE ATENCION: 05 | 12 | 24 | DX: | HORA: 03:00 PM

EVOLUCION 9: Paciente de 14 años, quien ingresa en adecuadas condiciones de salud, familia constituida, madre presenta Trastorno mental, padre ausente, desde los 5 meses vive con la madre y primos, la dinamica familiar en este momento es regular con favorablemente permitiendo en ella la apertura a autonomia y adquisición de responsabilidades. Se identifican necesidades Funcionales | Aborda tanto de cuerpo

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Maria Fernanda Alvarador

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: [illegible]	Version: 1	Fecha Aprobo: [illegible]	Aprobo: [illegible]

SERVICIO: Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Dora Melissa Sanchez TIPO ID: TI NUMERO: 1102489672
FECHA DE ATENCION: 05/12/25 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
La Usera en mención ingresa a servicio en buenas condiciones de salud se brinden las mismas que lo tenido en observación y cumplimiento de terapia para una continuidad de resultados comunicativos

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE María Fernanda Acevedo

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Angela Julieth Díaz Santamaría., mayor de edad, identificado con C.C. 1064682331, actuando en nombre propio o como representante legal de Maria José Roba Saez identificado en la C.C. 1055525243 .

DECLARO

Que he sido informado hoy 11 Dic 2024 por la Terapeuta: Diana Michel Ramon Rochon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: No necesita IA.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios prácticos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ø Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Angela Lizarazo
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1054652351

Carol Pacheco
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053.331.158

DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: R-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia de Lenguaje

NOMBRE DEL PACIENTE: M. José Rebolledo Sierra | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1015525243

FECHA DE ATENCION: 11 de dic - 2024 | DX: | HORA: 2:00 pm

EVOLUCION 1: No asistio de Terapia de Lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL: Diana Rebolledo | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: FMH01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCIÓN 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCIÓN 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Hugo José Ruiz Saenz		TIPO ID: T.I.	NUMERO: 1.055.525.248
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024	DX:	HORA: 2:25 pm	
EVOLUCION 1: Ingresa paciente en buen estado de Salud. Manifiesta la madre, que hace un año, se presento un episodio de Violencia intrafamiliar, llevandolos a un proceso judicial. Pero se evidencia un buen nivel academico.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: F-AM01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 30-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

COMISARIA DE FAMILIA

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP'S.A.S
	GESTION DE CAUDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H.M.01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 01/05/2021

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Jose Rojo Sanz | TIPO ID: TI | NUMERO: 1055325293
FECHA DE ATENCION: 11 | 12 | 24 | DX: Rotura ligamento | HORA: 02:40 P.M
EVOLUCION 1: Paciente de 7 años, ingresa en adecuadas condiciones de salud, tono vocal mantenido, ingresa en compañia de familiar sin molestia marcha la misma, falla de estructura en estilos parentosen, por ende en la mayoria de ocasiones no respeta su figura de autoridad, pero se mantiene el vinculo. Trabajo en fortalecimiento y modelamiento conductas apropiadas

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplan con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajuste a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá D.C. Día: 11 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 03-15 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Maria Jose Rubio Suarez

Documento de Identidad Nº: 1055525293

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 11-12-2024

Hora: 03:15 PM

Angela Julieth Ibañez Santamaria

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C 1054682831.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

C.C. 1033346448

Testigo

C.C.

Psic. Daniel Gutierrez
Cel: 324 223 90 43
PSICOLOGO
T.P. 248861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento a:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAPS.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: H-M-01	Version: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20/09/2023

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Jose Rola Suarez | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1055252553
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 | DX: | HORA: 03:20
EVOLUCION 1:

Paciente femenino 9 años de edad, con buen estado de salud, receptiva en sesión instrucción y secuencia de aplica Test bender, test de familia Caman finaliza sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

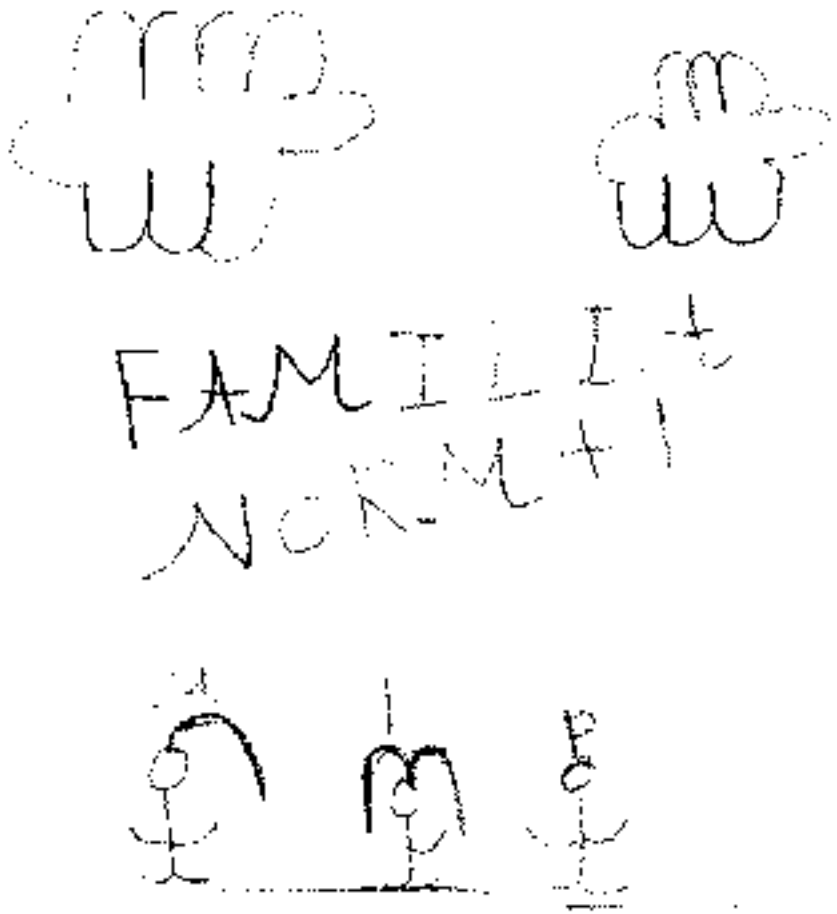
SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



María José Raba Saenz.

7 años


FAMILIE
NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en este momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 11 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 08-30 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Sarcey Brisith Anzo Forero

Documento de Identidad Nº: 1186964002

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 11-12-2024

Hora: 8:30 Pm

Yaneth Forero Anzón
Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 1049913097

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o TP
C.C. 1032346948

Dra. Daniel Alfonso
Cel: 321 223 90 43
PSICOLOGO
T.P. 248685

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

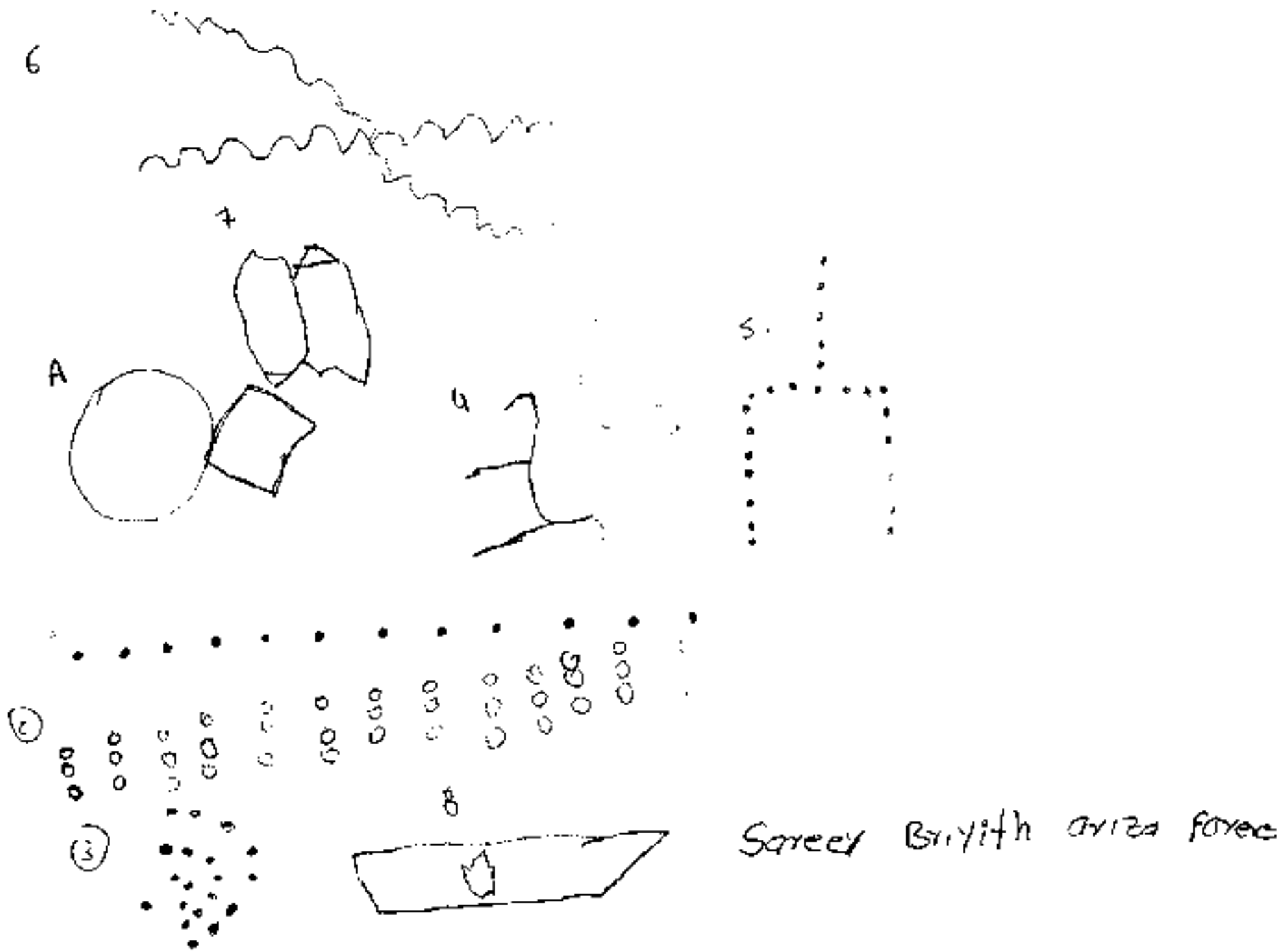
	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-AH-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicologia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Sarey Brigitte Arias		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1186964002
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024	DX:	HORA: 08:30 Am	
EVOLUCION 9:			
Paciente femenino 8 años de edad en buen estado general de salud. Paciente con posible trastorno de habilidades escolares, presencia de dislexia y posible discalculia. Dificultad para secuencias. Se aplica test bender. Analiza serán sin complicaciones			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Yarmary Pardo Arias FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	


6
7
A
5
9
8
Sarey Brityth ariza force

VIS CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo. F-M401	Versión. 1	Fecha Aprobación 01/05/2021	Actualizacion 20-09-2023

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Jaime Perez Quiroz, mayor de edad, identificado con C.C. 1099213097, actuando en nombre propio o como representante legal de Sarey Gayth Cruz Perez identificado en la T.I. 1128696408.

DECLARO

Que he sido informado hoy 17 de Octubre por la Terapeuta: Carla Pachon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: dislexia - disgrafia

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o despiazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodonca
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatologia .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ✳ Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Yomaira Parra Perez
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1079278697

Gina Pachon
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053 332 155

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Sweety Brigith Arteaga | TIPO ID: T.C | NUMERO: 1136.964.002

FECHA DE ATENCION: 9 - Oct - 2024 | DX: F.A.G | HORA: 10:00 a.m

EVOLUCION 9: Menor q cata plata, este en T. Ocupacional, fonoaudiología continúa psicología, complementar MAK. se recomienda T. del lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL: Sinrea Rocha | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Sede Cartagena

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Sarey Brigith Ariza P | TIPO ID: T.T | NUMERO: 1.106.964.007

FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 | DX: | HORA: 10:30 am

EVOLUCION 1:

Ingresa paciente en buen estado de salud, Presenta alteraciones a nivel estatoral postural para mantener su atención. Atiende indicaciones simples y complejas, pero no se permite realizarlas.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS
Código: FM-GC	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20/06/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:

Yo Yomary Fabra Garzón, mayor de edad, identificado con C.C. 1049623097, actuando en nombre propio o como representante legal de Sarey Brith Arza Fabra identificado en la C.C. 778696402-

DECLARO

Que he sido informado hoy 11 De Diciembre por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Sarey Brith Arza Fabra

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Yolmary Forero Pinzón

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099213097

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

Gaitan

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: HAH-01	Versión: 1	Fecha Aprobacion: 01/06/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Soleyi Ariza Forero		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1186964002
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	DX:	HORA: 11:30 am	
EVOLUCION 1: Paciente ingresa en adecuadas condiciones de salud, BEGS, familia nuclear, Soleyi es la menor de dos hijas, actualmente padres de crianza y sistema de valores. Es importante trabajar postura corrección en relaciones interpersonales con su grupo de pares. Se dejan tareas de casa, para validar control conducta en la casa.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Soleyi Brijith Ariza Forero	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: R-A-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajuste a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 05 Mes: Diciembre Año: 2025 Hora: 10:30 am

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Jeyner Rodriguez

Documento de Identidad Nº 1073324498

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 05-12-2025

Hora:

Rocio Aguilar

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

C.C. 1033940948

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S
GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FAM-03	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2023	Fecha Actualización: 01/03/2023

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Sergio Rodriguez TIPO ID: T.I NUMERO: 1033244437
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 DX: HORA: 10:30 Am
EVOLUCION 1:

Paciente en buenas condiciones generales de salud, Paciente con impresión de especialidad de Quirano, apreciada en Secuenciación y ... seguimiento de ... instrucciones, ... paralisis ... se da ... complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: AA01	Version:	Fecha Aprobacion: 01/06/2022	Actualizacion: 01/06/2024

SERVICIO: Terapia F

NOMBRE DEL PACIENTE: Sergio Rodriguez TIPO ID: T.I NUMERO: 1014352452

FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 DX: HORA: 12:00pm

EVOLUCION 1.

Paciente masculino en buenas condiciones generales de salud. Diagnostico de autismo nivel 1, verbal, ejercicios fonoarticulatorios. Finaliza sesion sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISCAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/20[illegible]	Actualización: 19/ 2022

SERVICIO: Fisioterapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Sergio Rodriguez TIPO ID: TI NUMERO: 1073321472

FECHA DE ATENCION: 5/12/24 DX: HORA:

EVOLUCION 1:

Se realiza valoración en la que se realiza ejercicio tanto en extremidades superiores como en inferiores. Buen desempeño en motricidad fina y gruesa

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Rocio Aguilar

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAPTAS

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión:	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 25-04-2023

SERVICIO: T. ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Sergio Rodriguez TIPO ID: TI NUMERO: 1053324172
FECHA DE ATENCION: DX: HORA: 10:00 a.m
EVOLUCION 1:
Alteración en el proceso sensorial habilidades y percepción de la realidad lo cual interfiere con su desempeño

FIRMA DEL PROFESIONAL
Rocio Aguilar
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 09 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 03:40

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Johan Camilo Alarcón

Documento de Identidad Nº: 1033 212 015

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 09- Diciembre- 2024

Hora: 03:40

MARIA MARCELA NIÑO DIAZ

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 37671179

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o T.P.

C.C. 1033946948

Pedro Daniel Ramírez
Cel: 324 218 80 43
PSICOLOGO
T.P. 240881

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: I-HA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01-05-2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Johan Camilo Alvarán		TIPO ID: T.I	NUMERO: 09[illegible]05
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 03:00	
EVOLUCION 9:			
Paciente masculino de 8 años de edad, en buen estado general de salud, con criterios de diagnostico de TDAH (1A, 2A, 2C, 2D, 2E, 4A, 2B, 2C, 2D, 2E, 3F) Atención Dispersa, Atención dividida con dificultad, Dificultad leve Seguir instrucciones. Finalizo Sesión sin complicaciones			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



Johan Camilo Alarcón

Sede E
Caitan -

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: H-AV-01 | Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización 20-09-2023	

SERVICIO: T. Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Johan Camilo Florian N. | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1.099.213.015
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024 | DX: | HORA: 3:10 pm.
EVOLUCION 1:
Ingresa Paciente en buen estado de Salud. Recibe indicaciones simples y complejas, pero no se permite realizarlos, Alteraciones a nivel escolar si problemas para mantener su atencion.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código H-M-01	Versión 1	Fecha Aprobación 01/05/2021	Actualizacion 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

Caitan

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: H-A40	Versión: 1	Fecha Aprobación: 07/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Johan Camilo Niño Arenas TIPO ID: T.I NUMERO: 1099277015

FECHA DE ATENCION: 09/12/24 DX: HORA: 04:29 P.M

EVOLUCION 9: Paciente de grado 2. Familia nuclear. Johan es el hijo menor de dos hermanos según refiere la mamá se evidencia familia de autoridad donde emplean refuerzos positivos para mantener conducta en sesión, y castigos positivos utilizando conductas inapropiadas. Adecuados refuerzos alimenticios. Se hace refuerzo en pautas de crianza.

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Jose A Marceta Niño Díaz

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMA01	Version:	Fecha Aprobacion de Version:	Fecha Aplicacion: 27/09/2023

SERVICIO: T. Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Johan Camilo Alarcón TIPO ID: T.I NUMERO: 1.099.213.015
FECHA DE ATENCION: 04-12-24 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
El menor ingresa con buena salud, el ejercicio de introducir palabras mas complejas, dificultad de lenguaje a nivel expresivo

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que están dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajusten a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En qué caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que lo manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá D.C. Día 11 Mes Diciembre Año 2024 Hora 10:10

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Maria Isabella Rincon Pinzon

Documento de Identidad Nº: 1041559614 T.I

Nº de Historia Clínica: 11-12-25

Fecha de Diligenciamiento: 11-12-2024

Hora: 10:10

Yuzmin Pinzon

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 30206 227 Bba.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

C.C. 1053346948

Testigo

C.C.

Paola Daniel Collazos
Cel: 324 223 50 43
PSICOLOGO
T.P. 246661

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, no acepto los procedimientos

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-AA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/202	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Isabella Rincon P.		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1096483815
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024	DX:	HORA: 6:00	
EVOLUCION 1:			
Acude Jovencita 9 años de edad en buen estado de salud. Diagnostico de Trastorno de las habilidades escolares con disfasia. Dificultad de habilidades lectoescritura S. receptiva a las instrucciones. Finaliza Sesión Sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTIÓN DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: H-M 01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20 09 2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

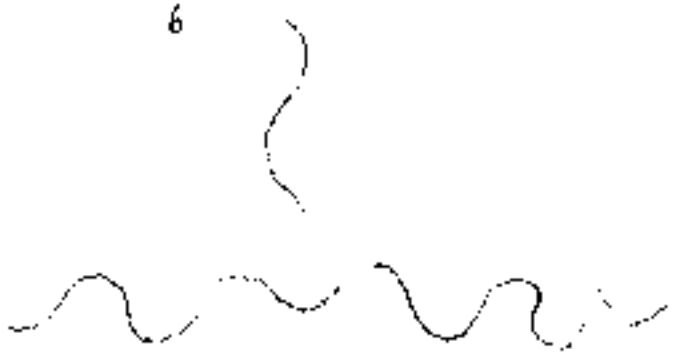






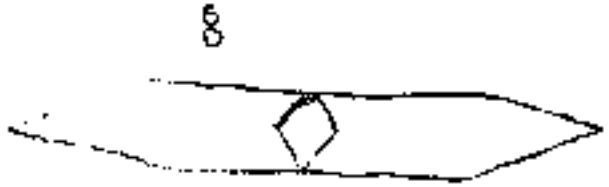












María Isabella Rincón Pinzón

9 años

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Luzmia Plaza, mayor de edad, identificado con C.C. 30206227 Bisc, actuando en nombre propio o como representante legal de Maria Isabella Ruaza Plaza identificado en la C.C.T.I. 1093639614

DECLARO

Que he sido informado hoy 11-dic-2024 por la Terapeuta: Luzmia Plaza sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Dislexia - disgrafia - dislalia

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos.

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 30226224 Bga

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1063337418

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H.M.01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 22-09-2023

SERVICIO: T. de lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Isabella Cano Jimenez TIPO ID: T.I NUMERO: 1093 639614
FECHA DE ATENCION: 11-dic-2024 DX: Disfasia HORA: 11:00am
EVOLUCION 6: Problemas lectra-escritura - Dislexia - Disgrafia - especialmente la 1, articulacion, esta en fonoaudiologia, inicio Terapia de lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/06/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 11 de Diciembre 2024 CIUDAD: Garbosa. S.S.

Yo Juan Pablo 3026723, mayor de edad, identificado con C.C. actuando en nombre propio o como representante legal de Maria Isabella Rivas Pablo identificado en la C.C. 1097639664

DECLARO

Que he sido informado hoy Miercoles 11 Dic. 2024 por la Terapeuta Ocupacional: sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Maria Isabella Rivas Pablo

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones También que el resultado depende en forma importante en mi complimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Yazmin Pinzón

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 30 206 229 Bloc.

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/09/2021	Actualizacion: 2020-2023

SERVICIO: T. Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Isabela Rincon P. | TIPO ID: T. I | NUMERO: 1093 639 614

FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 | DX: | HORA: 9:05 am

EVOLUCION 1:

Ingresa paciente en buen estado de salud. Presenta dificultades escolares, su madre comenta que no pronuncia la letra r y como habla escribe. Se observa dificultades del lenguaje; no hace lectura de palabras con la r. Presenta baja tolerancia a la frustración y presenta alteración en su conducta (aislamiento, bajo autoestima) por temor a la burla, en su proceso de lectoescritura.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: FA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-IV-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Consulta			
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Isabella Duran Pinzon		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1097839514
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	DX:	HORA: 09:30 a.m.	

EVOLUCION 1:
Isabella ingresa en buenas condiciones de salud, a cargo familia nuclear, adecuadas relaciones filoparentales, familia interesada. Importante se abordan estrategias de afrontamiento sobre habitat en publico debido a que no planean bien algunas labores. Se brindan herramientas permitiendo optimos relaciones interpersonales.

FIRMA DEL PROFESIONAL: [signature] | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: [signature] Yasmin Pinzon

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *O.SXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: FPA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/09/2023	Actualización: 01/09/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicos y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 18 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 03:25 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Samuel Alejandro Rodriguez E.

Documento de Identidad Nº: 1099215962

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 18-12-2024

Hora: 03:25 PM

Karen Daiana Fuentes Bravo
Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 1099210037.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o TP
C.C. 1053346948.

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO
Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: FOR 01	Version:	Fecha Aprobacion: 01/04/202	Fecha Revision: 20 Or 2023

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel Alejandro Rodriguez TIPO ID: T.I NUMERO: 1065255462
FECHA DE ATENCION: 18-12-2024 DX: HORA: 03:20 PM
EVOLUCION 1: Paciente Masculino de 9 años de edad, en buen estado de salud, cumple criterios DSM IV trastorno especifico del Aprendizaje con dislexia (A3Au) TDAH (1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1G, 1H/2A, 2B, 2C, 2E, 2G, 2H, 2I) se aplica test bender. Finaliza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL
Karen Dayana Fuentes Bravo
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 5

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 6

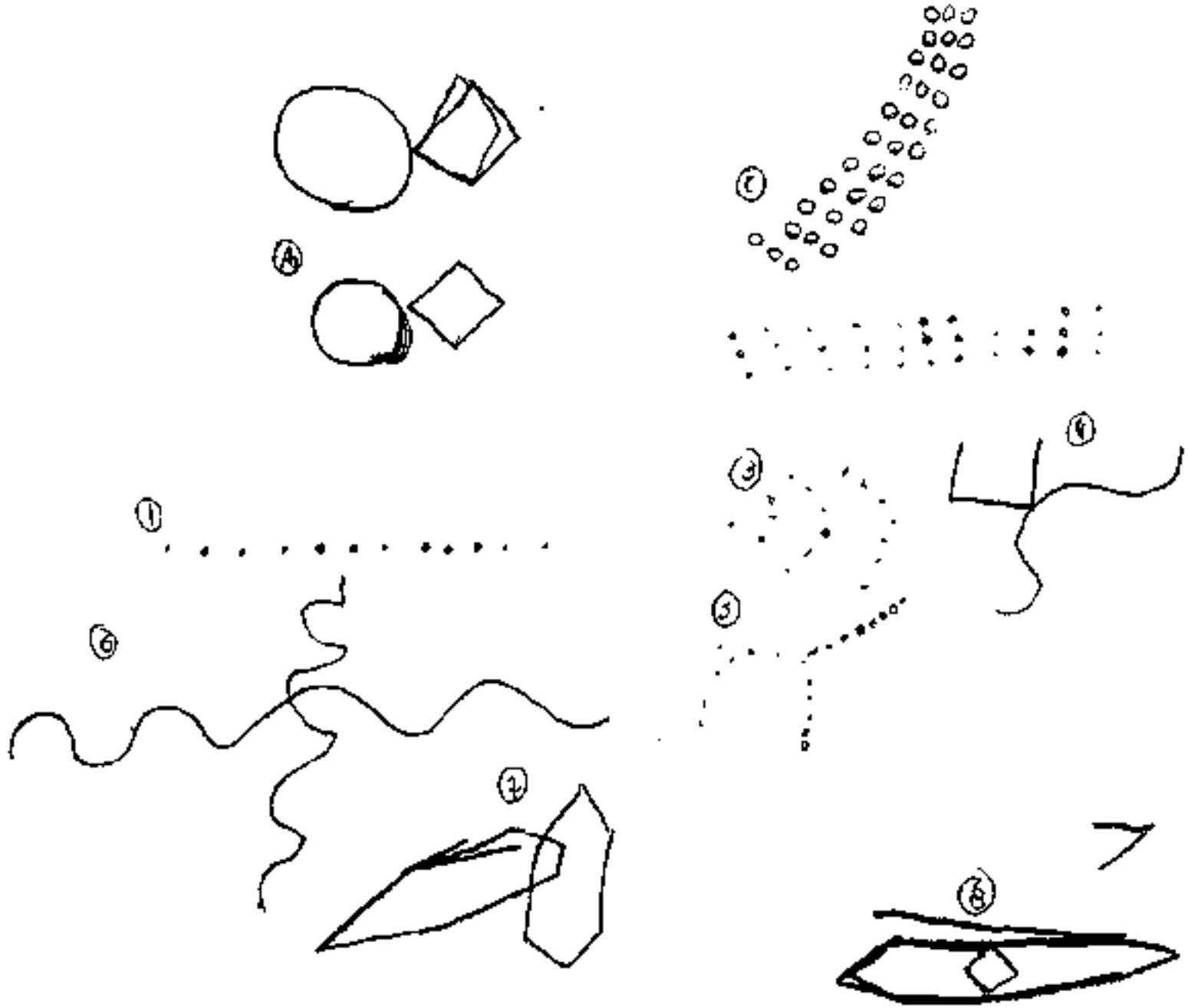
FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



Samuel Alejandro Rodriguez

En un pequeño pueblo rodeado de montañas, vivía un niño llamado Leo
Leo adorado leer. Leía de aventuras para un día al abrir
Leía rápido las letras convertían a historias

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 18 Dic 2024. CIUDAD:
Yo Sara Daniela Fuente Bravo, mayor de edad, identificado con C.C. 1099209237, actuando en nombre propio o como representante legal de Samuel Alejandro Rodriguez Fuentes identificado en la C.C. 1099215462

DECLARO

Que he sido informado hoy Miercoles 18-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Karen Daniela Fuentes Bueno

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099210037

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 07/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel Alejandro Bolaño		TIPO ID: T. I	NUMERO: 1.093.285.462
FECHA DE ATENCION: 19-12-2024	DX:	HORA: 03:00 pm	

EVOLUCION 1:
Ingreso paciente en buen estado de salud. Se identifica dificultades a nivel escolar, problemas para mantener su atención y no realiza actividades de motricidad fina.

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFERIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" ONSXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: F-M-GI	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Actualizacion: 28-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

GAITAN

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Esterilización
NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel Alejandro Palomino TIPO ID T.I NUMERO 1099215462
FECHA DE ATENCION 18/12/24 DX Hab. Cordero HORA 02:02 PM
EVOLUCION 6
Samuel 9 años 5° primaria. Ingresa a sesión en adecuadas condiciones. Familia monoparental compuesto, padre ausente, estilo de crianza de permisividad, el menor no acata ordenes del hogar, problemas de comportamiento. Necesidad en el establecimiento de límites se trabaja pautas de crianza para que sea atendido en casa.
Laura Dayana Fuentes Bueno

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA.
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISACAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2022	Actualización: 25/09/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Karen Daniela Fuentes Bueno, mayor de edad, identificado con C.C. 1094740037 actuando en nombre propio o como representante legal de Samuel Alejandro Rodriguez Fuentes identificado en la C.C. 1094213462

DECLARO

Que he sido informado hoy 18-Dic-2024 por la Terapeuta: Carmen Esteban Restrepo sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Dislexia - T. de lenguaje.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Karen Daysuri Fuentes
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099210037

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1093 359109

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FO-001	Versión: 1	Fecha Aprobación: 12/05/2022	Actualizado: 01/04/2023

SERVICIO: lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Ángel Eduardo Rodríguez F TIPO ID: TI NUMERO: 1091211462
FECHA DE ATENCION: 18-dic-2024 DX: Retraso HORA: 02:23 pm
EVOLUCION 1: Paciente ingresa a S.F confunde palabras como la dula, inversión comprensión de texto se dispone, en el momento de narrar hubo vocalización, articular pero lecto-escritura con T. de lenguaje.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX. HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o. numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día 11 Mes Diciembre Año 2024 Hora 01:00 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Maicejose Sanches B.

Documento de Identidad Nº: 1099345239

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 11-12-2024

Hora: 01:00 PM

Nombre y firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1049920152

Nombre y firma del Psicólogo que le ejecuta

C.C. 1053340948

Testigo

C.C.

Pedro Daniel Arenas
Cel. 321 220 50 43
PSICOLOGO
T.P. 240961

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

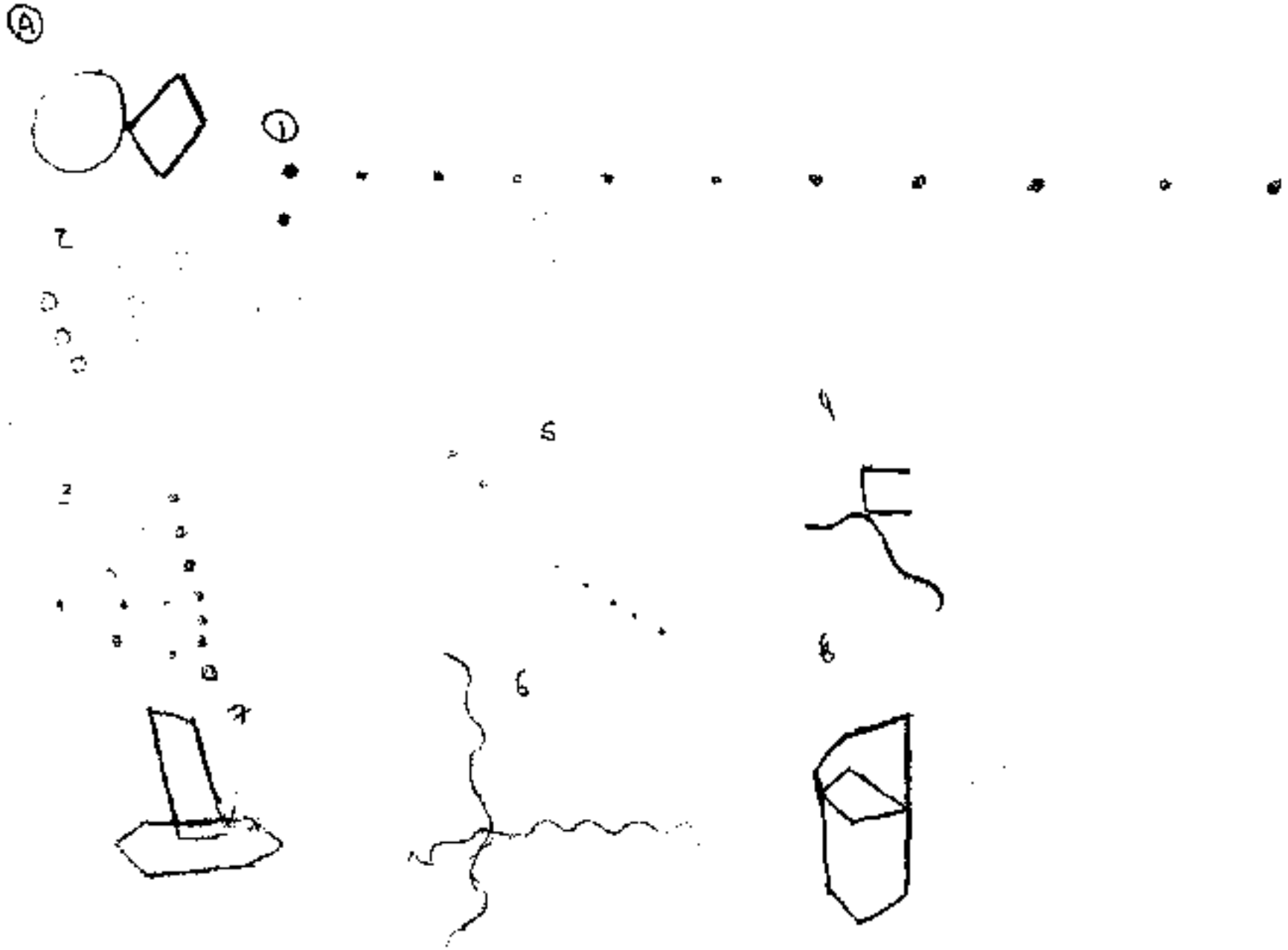
Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20-09-2022

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Samuel Rojas C		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1027713513
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024	DX:	HORA: 7:30	
EVOLUCION 9:			
Paciente masculino de 9 años de edad, en buen estado de salud. Paciente con trastorno de habilidades de secuenciación escolares.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

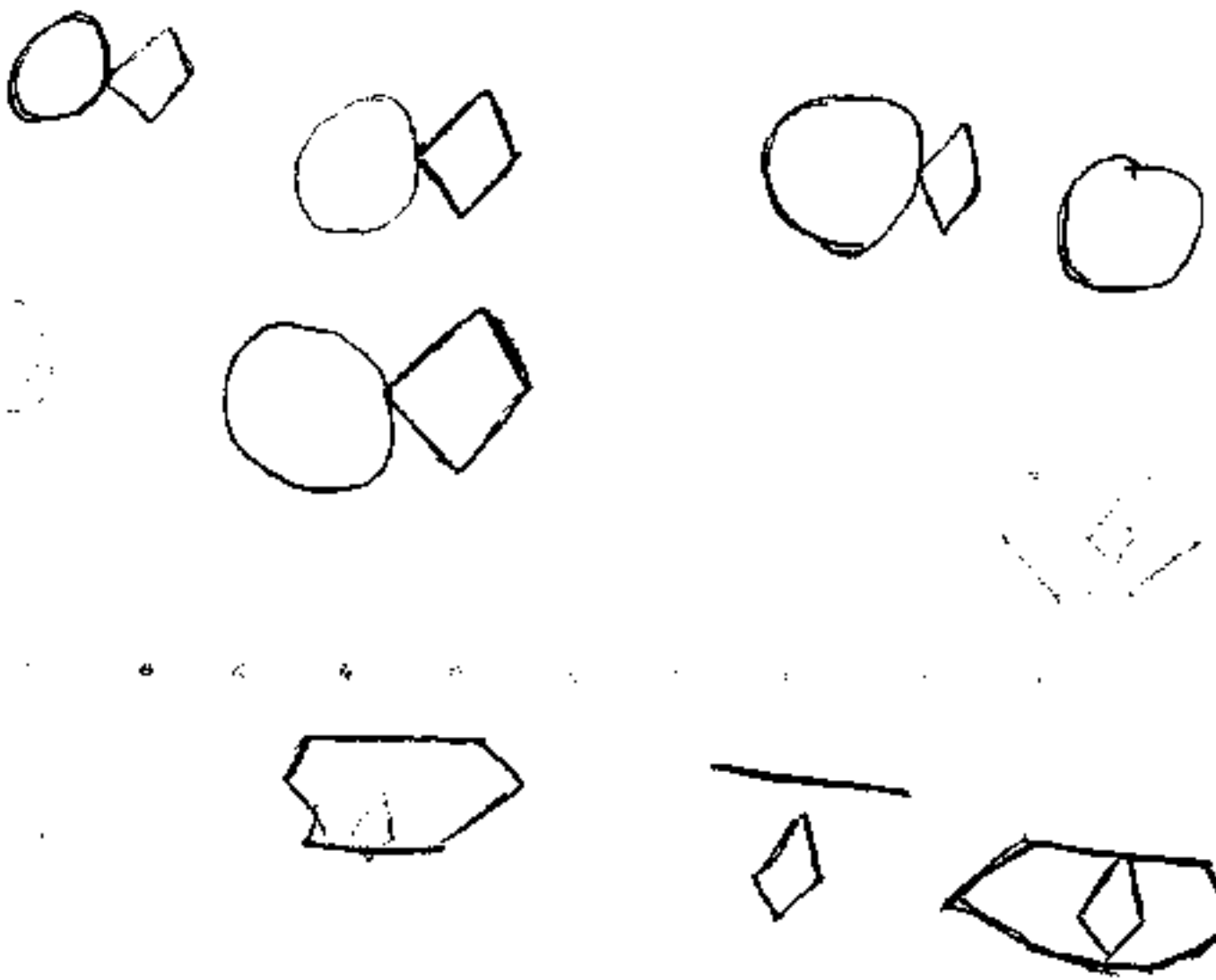
SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Jose Sanchez B		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1049214527
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024	DX:	HORA: 01-00	
EVOLUCION 10:			
Paciente femenino de 10 años de edad, en buen estado de salud. Paciente con trastorno especifico del aprendizaje con dificultad de lectura y escritura, dislexia se aplica test kinetic family Sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		maria sanchez C FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



María José Sanches R.



DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 11-12-2024 CIUDAD: Bogotá

Yo Manuel Ramírez Sr., mayor de edad, identificado con C.C. Manuel Ramírez Sr., actuando en nombre propio o como representante legal de María José Sanchez R. identificado en la C.C. 1098764521

DECLARO

Que he sido informado hoy 11-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: María José Sanchez R.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP

Nit 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1049210152

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 0./06/2021	Actualización:30-09-2022

SERVICIO: T. Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Hoda José Sanchez R. | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1099.214.527

FECHA DE ATENCION: 11-17-2024 | DX: | HORA: 11 00 am

EVOLUCION 1:

Ingresa paciente en buen estado de salud, presenta problemas de estrabismo. En el aula de clase se le dificulta ver al tablero, su madre comenta que no le brindan un lugar estrategico dentro del aula de clase, para mejorar su condición visual, por este motivo, nunca lleva apuntes en el cuaderno.

FIRMA DEL PROFESIONAL | Yarisel Rodriguez C. FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: FM-01	Version: 3 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización 23-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: 11-12-2024 CIUDAD:

Yo [illegible], mayor de edad, identificado con C.C. 1099741052, actuando en nombre propio o como representante legal de [illegible] identificado en la C.C. 1099741527.

DECLARO

Que he sido informado hoy 11-12-2024 por la Terapeuta: Valeria Rocha Rocha sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Terapia de lenguaje - TDA no necesita

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad .
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1033 335 138

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1077210152

DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S* **GESTION DE CALIDAD**

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Terapia F			
NOMBRE DEL PACIENTE: [illegible] Jose Sanchez Rodriguez		TIPO ID: CC	NUMERO: 1099214527
FECHA DE ATENCION: 11 - dic - 2024	DX:	HORA: 12:17 p.m	
EVOLUCION 1: Se evalua en clase, tiene buena interacción al (dento estructurado, y un problema en el [illegible] mal buen lenguaje			
FIRMA DEL PROFESIONAL: Dra Paola		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MÉDICAS		
Código: F-M 01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 23-09-2023

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCIÓN 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Escuela Centro

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAPS.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia

NOMBRE DEL PACIENTE: María José Sánchez Rodríguez | TIPO ID: TI | NUMERO: 1019214527

FECHA DE ATENCION: 11/12/24 | DX: Acoso sexual | HORA: 11:30 am

EVOLUCION 1:

Paciente de 10 años ingresa a sesión Familia indican María José es la primera infantil de dos hijos, presenta acoso sexual por parte de un amigo de la familia (caso en escalera). La menor no acata normas del hogar, en ocasiones desobediente. Estilos parentales de permisividad. Se plantean pautas de crianza para que sean implementadas en casa fortaleciendo su conducta

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación 01/05/2021	Actualizacion 20-09-2023

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: 17-12-24 CIUDAD:

Yo Beatriz Tatiana Herrera Lara, mayor de edad, identificado con C.C. 62.0165, actuando en nombre propio o como representante legal de Alessa Marines Cuadro Herrera identificado en la C.C 77.842.95

DECLARO

Que he sido informado hoy 17-dic-2024 por la Terapeuta: Laura Pulido sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Fonoaudiología

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196431

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos o aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad

- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 621 0165

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053337118

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia de lenguaje			
NOMBRE DEL PACIENTE: Alicia Alfonso Vasquez tt		TIPO ID: PEP	NUMERO: 7764295
FECHA DE ATENCION: 11 - dic - 2024	DX: autismo	HORA: 3:00pm	
EVOLUCION 1: Terapia de lenguaje. Se indaga sobre su comportamiento para implementar estrategias			
FIRMA DEL PROFESIONAL: Elmer Ochoa		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: F-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/09/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Marcello.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: H.M.01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Hugo Mario Guante Herrera		TIPO ID: TI	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 04/12/24	DX:	HORA: 02:04 PM	
EVOLUCION 9: Paciente ingresa a fisioterapia y fkm en adecuadas condiciones de salud, hidratado, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, se moviliza de la mano derecha con ayuda de un bastón ortopédico en la parte central de fuerza. Aparentemente según tenido los pacientes todos los equipos de protección en la consulta de la mano izquierda para la realización de fisioterapia. Hugo Mario			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Alessa Hanines Guzmán H | TIPO ID: PPT | NUMERO: 3284295
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 | DX: | HORA: 3:20 pm
EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Comenta su madre que presenta alteraciones a nivel escolar, el metodo de evaluación es en año, ya que no permite ser evaluada por la docente en el aula de clase.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGÍA

Permítame darle la bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C Día: 09 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 3:10

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Alessa Maines Guante Herrera

Documento de Identidad Nº. PPT 9610264B3

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 09-12-2024

Hora: 02-30

[illegible]

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 6210169

PPT

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053349948

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-06-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Alessa Alvarez Cuesta		TIPO ID: PPT	NUMERO: 9-107 96026982
FECHA DE ATENCION: 04-11-2024	DX:	HORA: 3:30	
EVOLUCION 1:			
Paciente femenino 5 años de edad. Paciente con diagnostico de espectro del autismo. Cumple con criterios. Se realiza sensibilidad, dificultad para seguir instrucciones, con Desarrollo de lenguaje. Tolerado. Finaliza sesion sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Alessa Alvarez Cuesta		TIPO ID: PPT	NUMERO: 96026982
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024	DX:	HORA: 3:30	
EVOLUCION 2:			
Ingresa paciente en buen estado de Salud se realiza terapia Psicológica se realiza terapia ABA, con el fin de lograr el contacto Visual y comunicación. Finaliza Sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20 de 2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, esté en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulte profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá D.C. Día 17 Mes Diciembre Año 2024 Hora 03:30 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE Scidy Luciana Ocampo Suarez.

Documento de Identidad Nº 1049211405

Nº de Historia Clínica

Fecha de Diligenciamiento 17-12-2024

Hora 03:30 pm

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1049 211405

Nombre y firma del Psicólogo que lo ejecuta

C.C. 1033546948

Testigo

C.C.

Psic. Daniel Alarcón
Cel: 324 223 90 43
PSICOLOGO
T.P. 248841

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información señalada, no autorizo mi participación en el consentimiento

OBSERVACIONES:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: 4440	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2023	Actualización: 01/04/2023

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Sady Sarai Ocampo **TIPO ID:** TI **NUMERO:** 1099214154
FECHA DE ATENCION: 17-12-2024 **DX:** **HORA:** 09:30 PM
EVOLUCION 1: Paciente femenino de 10 años de edad, en buen estado de salud, cumple con Criterios DSM II para Trastorno específico del Aprendizaje - Lecto escritura Criterios A1, A2, A3, A4 con un grado de dislexia. Finaliza sesión sin complicaciones. Se aplica test bender.

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCIÓN: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 5

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA.
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7.

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Saidy ocampo suarez
10 año

Leo adoraba leer libros de aventuras. Pero un día al salir su libro favorito las letras en vez de aparecer en la página se habían ido. ¿Qué está pasando? —exclamó Leo, rascándose la cabeza.

Alguien robó esas letras y se las llevó

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 17 - 12 - 2024 CIUDAD:

Yo Idio Suarez Avila, mayor de edad, identificado con C.C. 1094214405, actuando en nombre propio o como representante legal de Salah Luciana Ocampo Suarez identificado en la C.C. 1094218159

DECLARO

Que he sido informado hoy martes 17 Dic 2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISOCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilito por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1094212905

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FM01	Version:	Fecha Aprobacion: 31/05/202	Actualizacion: 2/09/2023

SERVICIO: T ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Sandy S Luciano Ocampo TIPO ID: TI NUMERO: 1098219159
FECHA DE ATENCION: 13-12-2024 DX: HORA: 2:00 pm
EVOLUCION 1:
Ingreso paciente en buen estado de salud. Se identifica dificultades a nivel escolar (lecto escritura), problemas para mantener su atencion. Se evidencia alteracion en la planificacion y organizacion de tareas.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Laura Sofia Avila, mayor de edad, identificado con C.C. 1099214905, actuando en nombre propio o como representante legal de Salah Ocampo Daniel, identificado en la C.C 1099214154

DECLARO

Que he sido informado hoy 17-dic-2024 por la Terapeuta: Erika Michel Peñaloza Pacheco sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: dislexia, disgrafia

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- o Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1094912405

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1003 339.158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CAUDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualización: 20-09-2023

Lenguaje

SERVICIO: Sandy Juliana Ocampo Suarez

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: TI | NUMERO: 1091114157

FECHA DE ATENCION: 17-dic-2024 | DX: | HORA: 3:05 pm.

EVOLUCION 1: Acude 10 años Vde en Cik, cursa 4°, confunde palabras y no escribe completo, dislexia, disgrafia, requiere T. de lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL: Gina Patiño | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: FM-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CIT

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Urgencias
NOMBRE DEL PACIENTE: Sandy Ocampo Suárez TIPO ID: TI NUMERO: 1099214159
FECHA DE ATENCION: 17/12/24 DX: HORA: 02:35 PM
EVOLUCION 5:
Sandy 19 años, año tiempo ingresa en adecuadas condiciones de salud, es la primera mata de 3 hijos. Familia monoparental compuesta, padre ausente. Adecuadas relaciones familiares. Se le explica expresa sus emociones y socializan con su grupo de pares. Se brindan pautas de crianza, trabajo importante en gestiones emocionales.

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGÍA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que pueden surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, esté en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 11 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 11:30 AM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Milan Stick Gonzalez Holguin

Documento de Identidad Nº: _____

Nº de Historia Clínica: _____

Fecha de Diligenciamiento: 11-12-2024

Hora: 11:30 Am

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 30 203423

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C 1053461048

Testigo

C.C.

Tecla Daniel Gallardo
Cel: 324 223 50 43
PSICOLOGO
T.P. 246861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Mirian Stick González | TIPO ID: T.I | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: 1-12-2023 | DX: | HORA: 11:30

EVOLUCION 9:

Paciente masculino de 11 años de edad, en buen estado de salud. Posible trastorno de habilidades escolaridades (Disgrafia, Aut.) Hasta escritura se aplica test bender evidencia acción sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

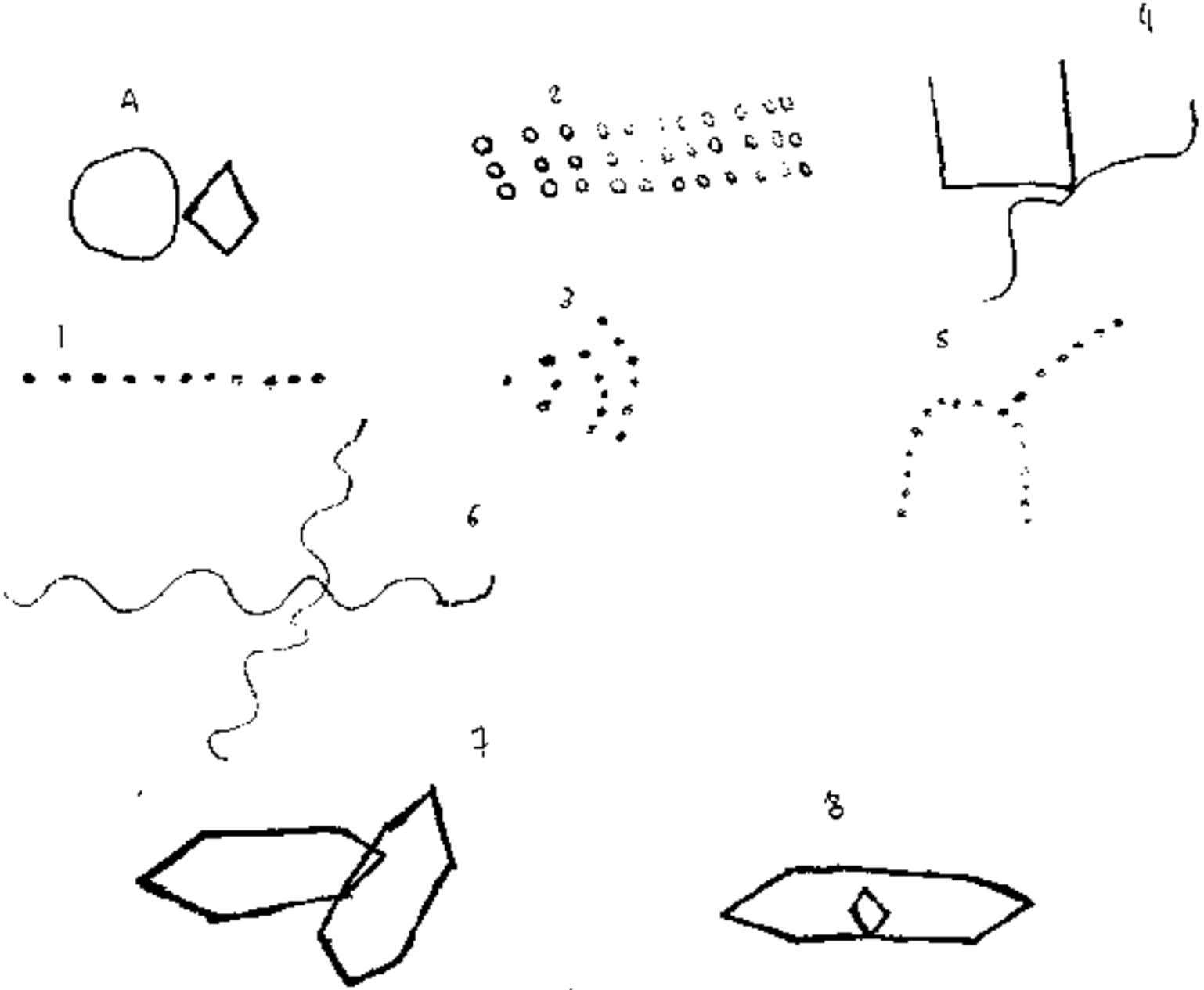
SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



Milen Stick Gonzalez Holguin
años
11

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 17 de Diciembre CIUDAD:

Yo ..., mayor de edad, identificado con C.C. ... actuando en nombre propio o como representante legal de ... identificado en la C.C. ...

DECLARO

Que he sido informado hoy Viernes 11-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: ... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: ...

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 30 207 423

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion: 20 09 2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Milan Stick Gonzalez H		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 11-17-2024	DX:	HORA: 10:15 am	
EVOLUCION 1: Ingresa paciente en buen estado de salud. Desde hace dos años presenta dificultades escolares, comenta que no le gusta estudiar, presenta alteracion en la conducta donde se le motiva a continuar con sus estudios.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISKCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: FO-GC-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:21-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Cite

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Mia Nick Gonzales Holguin		TIPO ID: T.I	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	DX:	HORA: 12:15 pm	
EVOLUCION 9: Paciente de 11 años de edad, ingresa en buenas condiciones de salud, familia nuclear, niña es el hijo mayor de 3 hijos, familia disfuncional, aparente violencia intrafamiliar, vocabulario inadecuado, no hay acompañamiento en tareas. Se enfatiza necesidad de expresión emocional referido que cuece de ouna y cuerdo los hijos de sus progenitores. Gestión y control primaria			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISCAPSAS

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: [illegible]	Vigente desde: 25-09-2023

SERVICIO: Fonoaudiología

NOMBRE DEL PACIENTE: Ruth Stick Gonzalez TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 DX: HORA:

EVOLUCION 1: El menci en mención no requiere de servicio de Fonoaudiología

FIRMA DEL PROFESIONAL

Julieta Leon

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 09 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 04:44

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Overid Yarid Cubides Sedano.

Documento de Identidad Nº: 1098217090

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 06-12-2024

Hora: 04:14 Pm

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C.

1018441245.

Testigo

C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053346948

Pedro Daniel Guzmán
Cel: 324 233 50 43
PSICOLOGO
T.P. 245851

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:





(A)



(1)

6

7

Chenid Yenid Cubides

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: Fisiatría			
NOMBRE DEL PACIENTE: David Yoid Cubides		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1093
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024	DX:	HORA: 04:14 PM	
EVOLUCION 9:			
Paciente femenina con 8 años de edad. Paciente en buen estado general de salud. Sin tratamiento unido en habilidades conservadas y aceptable sin soporte instrucción y secuencias. Se aplica test barthel. Finaliza sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Dilfay Sedano Perez, mayor de edad, identificado con C.C. 1018441245, actuando en nombre propio o como representante legal de Cheid yaid Cubides Sedano, identificado en la C.C. 1091213050.

DECLARO

Que he sido informado hoy 11-dic-2024 por la Terapeuta: Olmes Michel Ichon. sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Trastorno habilidades Cognitivas-lenguaje.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t" Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir segun mi condición clinica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación

- ● Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1018441245.

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1033 [illegible] 18

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAPS.A.S GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: FM-GCI | Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023	

SERVICIO: T. de lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Kenid Yamil Cuadro Salcedo | TIPO ID: TI | NUMERO: 1091212020
FECHA DE ATENCION: 7-dic-2024 | DX: Habilidades cognitivas | HORA: 3:31 p.m
EVOLUCION 1: Trastorno de habilidades cognitivas diagnosticado, Prueba Cognitiva Integral Breve, obtuvo resultado 75 CIT límite se observa distraído, con notas sugestivas, alto, acc con 36 segundos, pruebas, se le dificultad escribir, necesita enfocarse en lecto-escritura, terapia de lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FM-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-07-2023

SERVICIO: T. Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Cheryl Yaud Cabales S. TIPO ID: T.I NUMERO: 1099707050
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 DX: HORA: 4:40 pm
EVOLUCION 9:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Manifiesta alteraciones a nivel escolar, problemas para mantener su atención. Dificultad en su desempeño al realizar actividades de motricidad fina. Recibe indicaciones simples y complejas.

FIRMA DEL PROFESIONAL — FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL — FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL — FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL — FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Escala Somatofe

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAPS A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FR-GC-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/07/2021	Actualización: 2022-2023

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Oneid Yuid Castro | TIPO ID: T I | NUMERO: 1093785510
FECHA DE ATENCION: 11/1/24 | DX: | HORA: 04:40
EVOLUCION 1:
Paciente masculino de 8 años de edad en adecuadas condiciones de salud. Paciente monoparental. Oneid es la menor de dos hijos adecuada relación familiar. Oneid debe seguir tutoría más efectiva desarrollando habilidades cognoscitivas los cuales le ayudaran en su vida diaria y escolar. Se brindan pautas de crianza para la implementación de las mismas.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de antiripación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 6 11 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 04-40

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Santiago Camacho Plazas

Documento de Identidad Nº: 1014740102

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 11-12-2024

Hora: 04-40 P.M.

Nombre o Firma de la persona que otorga el consentimiento:
C.C. 91012.397

Nombre o firma del Psicólogo que lo efectuó
C.C. 1053846448

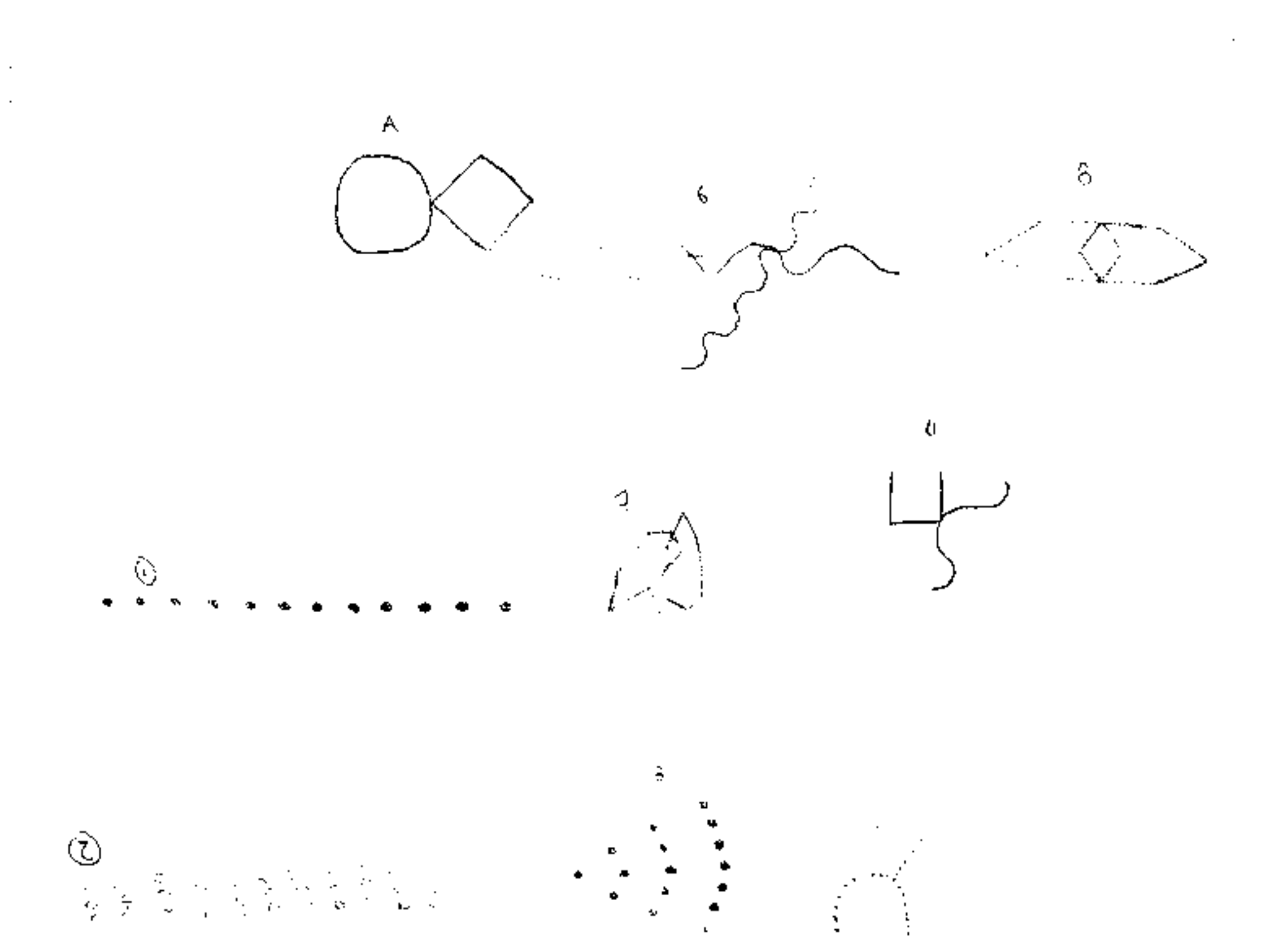
Testigo
C.C.

Dr. Daniel Garcia
Cel. 323 223 50 43
PSICOLOGO
T.P. 248881

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:



Santiago Camacho Plazas



	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-MA01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 21/09/2023

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Caicedo Perez | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1014100102
FECHA DE ATENCION: 1-12-2023 | DX: | HORA: 4:40
EVOLUCION 1:

Paciente masculino 16 años de edad, Paciente en buen estado de Salud, receptivo a Seguir Ordenes y supervisión. Asi se evidencia dificultad de Aprendizaje. Se aplica test bender, finaliza Sesión. Sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo MAURICIO CAMACHO A, mayor de edad, identificado con C.C. 91012397, actuando en nombre propio o como representante legal de SANTIAGO CAMACHO P identificado en la C.C. 1121740101

DECLARO

Que he sido informado hoy 11 - dic - 2024 por la Terapeuta: Laura Michel Rocha Rojas sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: dislexia - [illegible]

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la disiexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ◆ Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 91012 397

Gina Pachon
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053 337 158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FHA01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2014	Actualización: 01/09/2023

SERVICIO: Terapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Camacho Perez | TIPO ID: TI | NUMERO: 1014346152

FECHA DE ATENCION: 11-dic-2024 | DX: | HORA: 4:18 pm.

EVOLUCION 1: Aparentemente bien no mantiene relación con su mamá. No requiere terapia de lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL: Dra. Rodon | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: 11 de 31	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizado en: 26-05-2023

SERVICIO: T. Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Campo Plaza | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1014390107
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 | DX: | HORA: 4:40 pm
EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Presento alteraciones a nivel escolar, por cambio de Ciudad y colegio. Se presenta episodios de maltrato intrafamiliar por parte de su padrastro.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

COMISARIA FLIA.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Camacho Florez		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1014340102
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	DX: Violencia F	HORA: 03:33 PM	
EVOLUCION 1: Santiago 16 años ingresa en adecuadas condiciones de salud, familia conformada por padre, madre, es el hijo intermedio de 3 hermanos, violencia físico, psicológico por parte de la progenitora. Adecuada relación y dinamismo Flias con su Flia Compuesta, establecimiento de estilos parentales y limites. Se le dificulta entablar relaciones interpersonales, y el desarrollo de habilidades de afrontamiento			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Santiago Camacho Florez FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: 4-FA-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/04/2021 | Actualización 23-09-2022

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y conciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en este momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006. dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 17 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 8:30 AM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Allen Edix Olate Moya

Documento de Identidad Nº: _____

Nº de Historia Clínica: _____

Fecha de Diligenciamiento: 17-12-2024

Hora: 8:30 Am

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 52'961.584 Bta

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. [illegible] Daniel [illegible]

Cel: 324 223 50 43

PSICOLOGO

T.P. 2[illegible]

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento.

OBSERVACIONES:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMO1	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2022	Actualizacion: 24-05-2023

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Allen Felix Otero Mejia TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 17-12-2024 DX: HORA: 09:00 Am
EVOLUCION 1:

Usuario lucido de 7 años de edad en buen estado general de salud, con disposicion de cumplir con lo posible Apto para ingresar a su familia y volver a su hogar de cumplir con terapia psicologica de sesion sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MÉDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

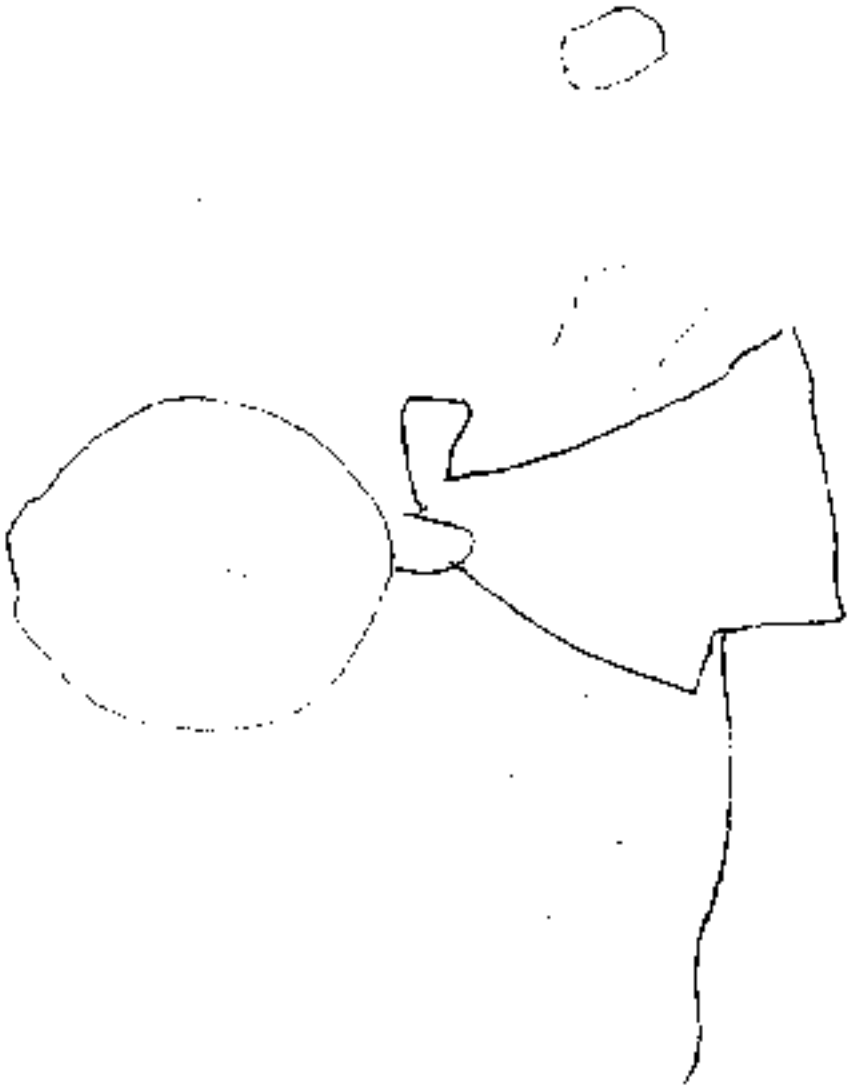
SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA:
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE





NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatologia .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ☒ Acepto de Conformidad
- ☐ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 52.962.584

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053.852.155

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Diana Dibey Mora, mayor de edad, identificado con C.C. 91.162.564 actuando en nombre propio o como representante legal de Allen Gauvabri Mora identificado en la C.C.

DECLARO

Que he sido informado hoy 17-dic-2024 por la Terapeuta: Dime Rachel Reyes sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Autismo

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DESCAPACITADOS
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-MAD	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20/09/2023

SERVICIO: Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Allen Edw Olark Mora | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 14-12-2024 | DX: | HORA:
EVOLUCION 1: Paciente de 3 años diagnostico autismo se siente indispuesto no escribe, grado 1= tiene alto grado de Vulnerabilidad se recomendo terapia de lenguaje, fonoaudiologia, no se pudo completar la evaluacion

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 17. 12. 2024 CIUDAD: Barbosa st.

Yo ____, mayor de edad, identificado con C.C. Dana Rosa Mora cc 52762584 actuando en nombre propio o como representante legal de Allen Eduardo Olaya Mora identificado en la C.C.....

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: ... ...
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 52.902.522 Bta

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: R-M-01 | Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Allen Eolix Oborte M		**TIPO ID:** T I	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: 17-12-2024	**DX:**	**HORA:** 10:20 am	
EVOLUCION 1: Ingreso paciente bajo estado de salud. Se realiza valoración donde se evidencia alteración en la lecto-escritura, procesamiento lento y dificultad en la atención y concentración. Recibe indicaciones simples y complejas pero no se permite realizarlas.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL:		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: F-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 27-09-2020

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DIS-CAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Fecha Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Allen Felix Olarte M. TIPO ID: RC NUMERO:
FECHA DE ATENCION: 14/12/24 DX: Autismo HORA: 09:10
EVOLUCION 1:
Allen y Sra. ingresa en buenas condiciones de salud. Familia nuclear y el menor mayor de dos hijos no hay ningún antecedente de importancia, se evidencia a el paciente sentado en silla de ruedas en el salón, ambiente inadecuado se brindan pautas de cuidado para que sean implementadas

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE [signature]

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

[illegible]

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA
EVOLUCION 5.

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO.
NOMBRE DEL PACIENTE. TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE
SERVICIO.
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7.

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO.
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: OX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajuste a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 12 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 03:46

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Johan David Tejada Ospina

Documento de Identidad Nº: 1030193443

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 12-12-2024

Hora: 03:46 PM

Angie Dorado

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1006131469

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053841948

Psic. David Ortiz
Cel 324 233 53 43
PSICOLOGO
T.P. 249981

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento.

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código H-AH-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20 09 2023

SERVICIO: Fisiatria			
NOMBRE DEL PACIENTE: Johan David Salcedo Ch		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1030697747
FECHA DE ATENCION: 12-12-2024	DX:	HORA: 03:40	
EVOLUCION 1:			
Paciente masculino de 7 años de edad buen estado de salud, con Parestesia de hipersensibilidad, terapeuta en sesión ordenes y solicitud se aplica test tendel se observa inestabilidad en coordinación Motora gruesa sesion sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Angie Ospina FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: F-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2011	Actualizacion: 21-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6

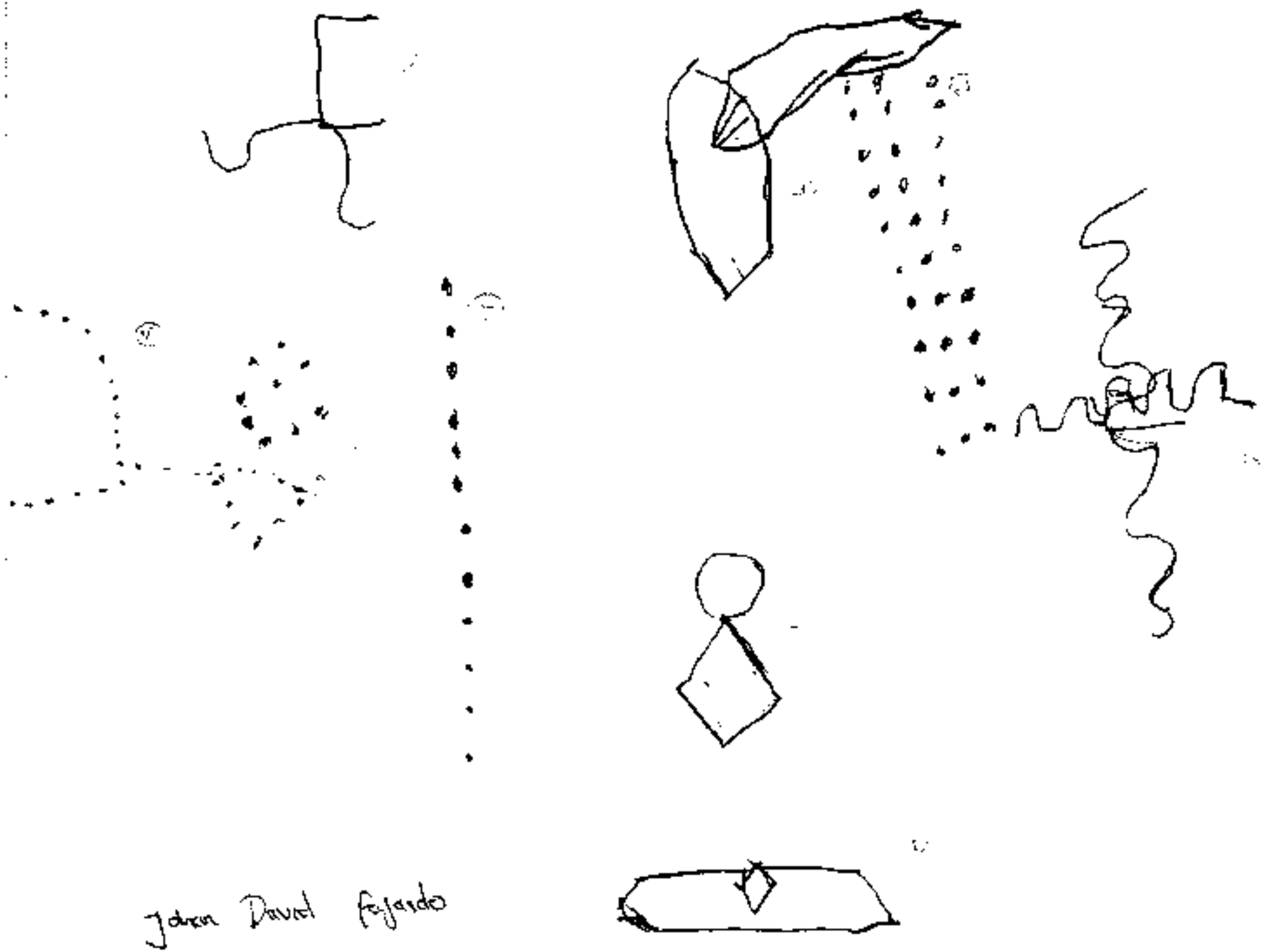
FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



Johan David Fajardo



DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20 09 2023

SERVICIO: T. Lenguaje

NOMBRE DEL PACIENTE: Johan David Espejo | TIPO ID: TI | NUMERO: 1130693717

FECHA DE ATENCION: 12-dic-2024 | DX: [illegible] | HORA:

EVOLUCION 9: escribe, y habla bien

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Ana's Marcela Ospina Bedoya, mayor de edad, identificado con C.C. 1006317149, actuando en nombre propio o como representante legal de Sofia Daniela Espitia Ospina identificado en la C.C.T.I. 1030187246

DECLARO

Que he sido informado hoy 12 - dic - 2024 por la Terapeuta: Carmen Rachel Ramos Pacheco sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: hidrocefalia - no requiere terapia lenguaje

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ◆ Acepto de Conformidad
- ◇ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Angie Osorno
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1003613 [illegible]

Olmo Rodrigo
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1033 33.158

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:

Yo Angie Ospina, mayor de edad, identificado con C.C 1006181149, actuando en nombre propio o como representante legal de Johan David Fajardo Ospina identificado en la C.C.....

DECLARO

Que he sido informado hoy 12 - Diciembre 24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerine Juliana Flórez Gamboa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Hidrocefalia - espina bífida rota.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Angie Osorio
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1006151119

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1.094.239.708

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Johan David Fajardo Ospina		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.030.197.342
FECHA DE ATENCION: 12 - 12 - 24	DX: Q050	HORA: 2:30 pm.	
EVOLUCION 1: Usuario ingresa con apoyo al servicio, se evidencia de de espina bifida tota, requiere de apoyo para realizar movilidad funcional presenta alteracion en la coordinacion motora gruesa, no se presentan adaptaciones al hogar. La intervencion se enfocara en mejorar la función motora y realizar adaptaciones al hogar. Se finaliza sin novedad.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Angie Ospina FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS
Código: A-M-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Francisco de Paula

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H44-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: FisioTerapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Jorge David Fajardo Ospino | TIPO ID: T.I. | NUMERO: 1030977743

FECHA DE ATENCION: 12/12/24 | DX: | HORA: 2:01 PM

EVOLUCION 1:
Jorge de 7 años, acude por ingreso a sesión en adecuadas condiciones de salud. Se moviliza en silla de ruedas o la cargan los padres. Explica diagnóstico: Trastorno mixto. Jorge es el hijo mayor de dos hermanos. Se evidencia buena interacción con el terapeuta, hay cooperación en la ejecución y seguimiento de tareas. Se dejan ejercicios de tarea para reforzar en casa. Sin signos de alarma.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Codigo: FA 01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/202	Actualización 20 09 2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 12 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 09-30 Am

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Juan Nicolas Hernandez Gomez

Documento de Identidad Nº: 1099344345

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 12-12-2024

Hora: 09-30 Am

Leidy Tatiana Gomez
Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1099207321

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o T.P.
C.C. 1053396948

Psic. Daniel Gómez
Cel: 324 223 56 43
PSICOLOGO
T.P. 249961

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" UNIXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Nicolas Hernandez G.		TIPO ID: T.I	NUMERO: 0197 14745
FECHA DE ATENCION: 17-11-2023	DX:	HORA: 04:30 Pm	
EVOLUCION 1:			
Paciente masculino 10 años de edad, en buen estado de salud, con trastorno especifico de Aprendizaje DSM V. Criterios que cumple A1 A2 A3 A4, presenta lectura, lecto escritura, omisión de Palabras. No se evidencia dificultad Gráficas bueno. Finaliza sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Tatiana Gomez	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Joan Nicolás H.6.
1
2
3
4
5
6
7
A
B

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 12 - Diciembre - 24 CIUDAD: Barbosa - Santander

Yo Leidy Johana Gómez, mayor de edad, identificado con C.C. 1099 207 371 actuando en nombre propio o como representante legal de Juan Nicolas Hernandez Gómez identificado en la C.C. 1099.214.346

DECLARO

Que he sido informado hoy 12 - Diciembre - 24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerinne Juliana Flórez Gamboa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196412

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ☒ Acepto de Conformidad
- ☐ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Leidy Tatiana Gomez
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1094103731

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1094.927708

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-AA01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Nicolas Hernandez Gomez		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1044,241,745
FECHA DE ATENCION: 12-12-24	DX:	HORA: 10:00 am	
EVOLUCION 1: Usuario ingresa en buenas condiciones se realiza valoración donde se evidencia mala postura al sentarse, alteración en la lectoescritura, procesamiento lento y dificultades en la atención y concentración se direciona el plan de intervención a trabajar coordinación viso motora y procesos cognitivos superiores. Se finaliza la sesión. No se presenta evento adverso			
FIRMA DEL PROFESIONAL:		Leidy Tatiana Gomez FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCIÓN 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL:		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCIÓN:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCIÓN 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: H-M-01	Version: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 23-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

COMISARIA DE FAMILIA

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2023	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Nicolas Hernandez C. **TIPO ID:** T.I **NUMERO:** 1049214745

FECHA DE ATENCION: 12 | 12 | 24 **DX:** Retraso Severo **HORA:** 10:25 a.m.

EVOLUCION 1:
Nicolas de 10 años, 4to Primaria ingresa en adecuadas condiciones de salud, buen estado nutricional, acude solo, Nicolas es el cuarto hijo de 5 hermanos, al buscar apoyo social de familiares viven actualmente en una comunidad Nicolas tiene buenas relaciones interpersonales, le gusta ayudar a los demas, comunicandose en relaciones interpersonales fluido de manera asertiva se evidencia buena Estableciendo buen

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Leidi Tatiana Gomez

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS
Código: FM-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/03/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMHC1	Version:	Fecha Aprobacion: 01/10/2022	Actualizacion/Creacion: 2024

SERVICIO: Fonoaudiología
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Nicolas Hernandez TIPO ID: TI NUMERO: 1099214745
FECHA DE ATENCION: 12/12/24 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
El menor en mención, ingresa en buenas condiciones de salud. Se realiza la apertura de vocalización de las bilabiales, con entrega de palabras complejas. Se dejan tareas para los padres los realicen en casa

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Leidy Tatiana Gomez

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, pueda ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 12 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 3-30

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Luis Miguel Avila Vargas

Documento de Identidad Nº: 1099215956

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 13-12-2024

Hora: 2:30 PM

Luz Angela Vargas

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

CC 1099 215 456

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053346148

Testigo

C.C.

Paola Daniela Garcia

Cel: 324 229 40 43

PSICOLOGO

T.P. 248861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: 1-AA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Luis Miguel Ayala Vargas | **TIPO ID:** T.I | **NUMERO:** 1094275456

FECHA DE ATENCION: 12-12-2024 | **DX:** | **HORA:** 2:30

EVOLUCION 1:

Paciente masculino 7 años de edad, buen estado de salud, se aplica test bender, evidencia retraso dificultad para secuenciación, en trastorno del desarrollo del habla, criterios DSM V. Para trastorno especifico de Aprendizaje lectoescritura (A, Az, A3, A4, A6) TDN Finaliza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Luz Angela Vargas

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FR-GC-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/04/2021 | Actualización: 20/09/2021

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

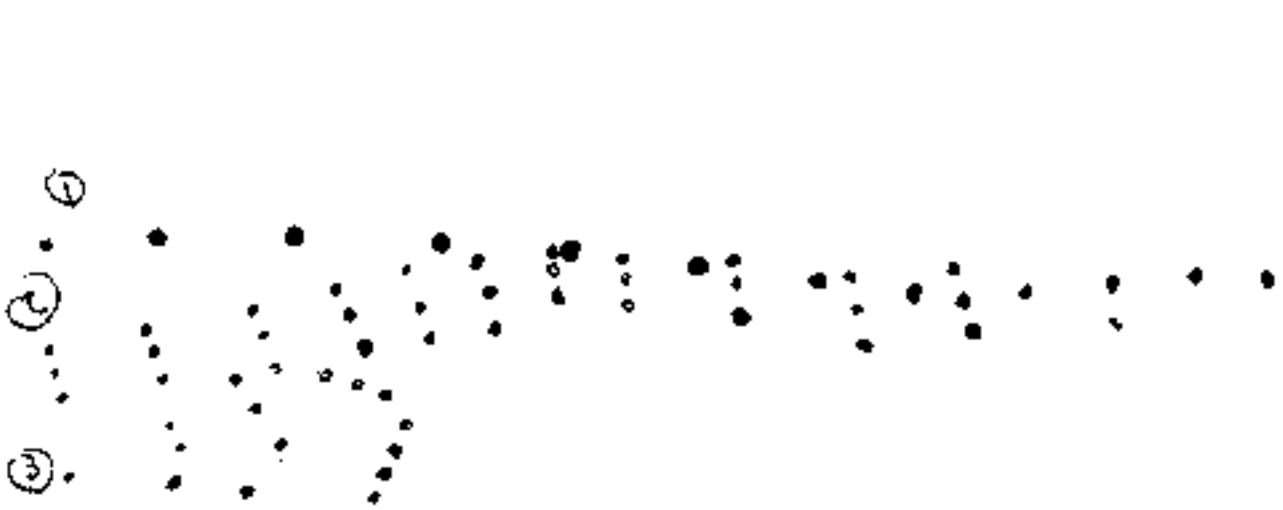
SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

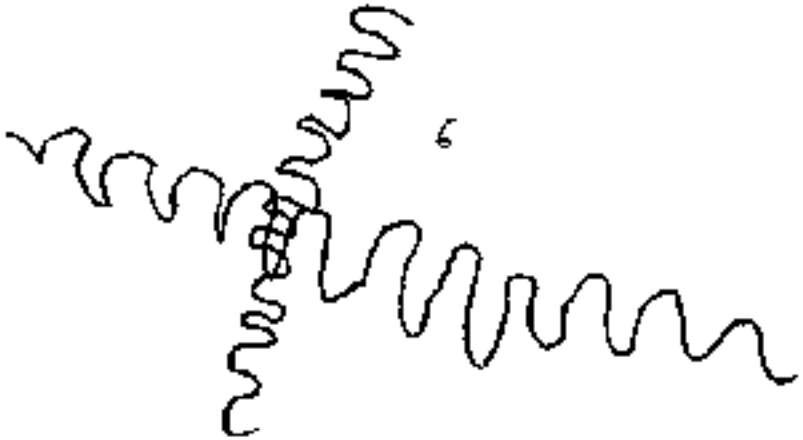
FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Luis Miguel Avila Vargas















NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Luz Angela Vargas Heredia Bermudez, mayor de edad, identificado con C.C. 37.672.161, actuando en nombre propio o como representante legal de Luz Angela identificado en la C.C. 1.099.215.452

DECLARO

Que he sido informado hoy Cinco-12-dic-2024 por la Terapeuta: Licenciada Michel Tatiana Ruiz sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Dislexia, disgrafia.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196431

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 37 67 7067

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: R-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualizacion20-09-2023

SERVICIO: Terapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Luz Angel Vargas		TIPO ID: C.C	NUMERO: 1.099.215.956
FECHA DE ATENCION: 12-dic-2024	DX:	HORA: 04:01 pm	
EVOLUCION 1: Confunde pictogramas y no escribe completo, dislexia, disgrafia. Terapia de lenguaje			
FIRMA DEL PROFESIONAL: Carina Rodon.		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Luz Angel Vargas	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FA-01	Versión: Fecha Aprobación: 01/05/2021 Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:

Yo Luz Angela Vargas, mayor de edad, identificado con C.C. 37'671.061, actuando en nombre propio o como representante legal de Luis Miguel Avila identificado en la C.C 1099.315.456

DECLARO

Que he sido informado hoy 12-Diciembre-24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerinne Juliana Florez sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Alteracion en las habilidades sociales

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de Intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

X Acepto de Conformidad

- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Luz Angela Vargas
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 37677067

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1094271808

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: HAM-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Luis Miguel Arcila Vargas		**TIPO ID:** TI	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: 8-12-24	**DX:** F813	**HORA:** 4:00 pm	
EVOLUCION 1: Usuario ingresa en buenas condiciones, se realiza valoración donde se evidencia mala postura, no toma dictado con vocales los letras, no modula la fuerza al escribir, trazos irregulares, alteración en la atención y concentración. la intervención se direcciona a fortalecer procesos mentales superiores, coordinación visomotora y habilidades escolares se finaliza su sesión. no se presenta evento adverso.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Luz Marcela Vargas **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-Ja-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 5.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

VEREDA
POZO NEGRO.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-AA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Luis Miguel Arcila Vargas		**TIPO ID:** T.I	**NUMERO:** 1095215456
FECHA DE ATENCION: 12/12/2024	**DX:**	**HORA:** 04:40 PM	
EVOLUCION 1: Paciente de 9 años de 3er grado, Familia extensa, es el penúltimo de 7 hermanos. Incorpora rutinas diarias, vive en el hogar materno estableciendo, estrategias en habilidades sociales y de afrontamiento. Se brindan pautas de crianza para que sean implementadas en el hogar, las cuales favorecen el desempeño académico y la estancia en buen ambiente.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Luz Angela Vargas	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: F-MO	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 01 de 2023

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION S:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 6.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entiende con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y conciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En este sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que están dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y si tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 05 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora 5:40 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Zoeth Lucero Mercado Aguilar

Documento de Identidad Nº: 1083949431

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 05-12-2024

Hora: 5:40 PM

Yuly Lucero Mercado A.
Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 1094193660

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o TP
C.C. 1033940948

Testigo
C.C.

Dra. Daniel Alarcon
Cel: 321 223 50 23
PSICOLOGO
T.P. 248861

NO CONSENTIMIENTO
Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento.

OBSERVACIONES:

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Zaith Luciana Mercado		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1093993311
FECHA DE ATENCION: 05-11-2029	DX:	HORA: 5:40	

EVOLUCION 11:

Paciente en buen estado de salud, Paciente femenino 13 años, no presenta dificultad a nivel cognitivo presenta conducta adecuada se aplica test kinder familiar sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL	Yuli Viviana Mercado Aguilar. FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

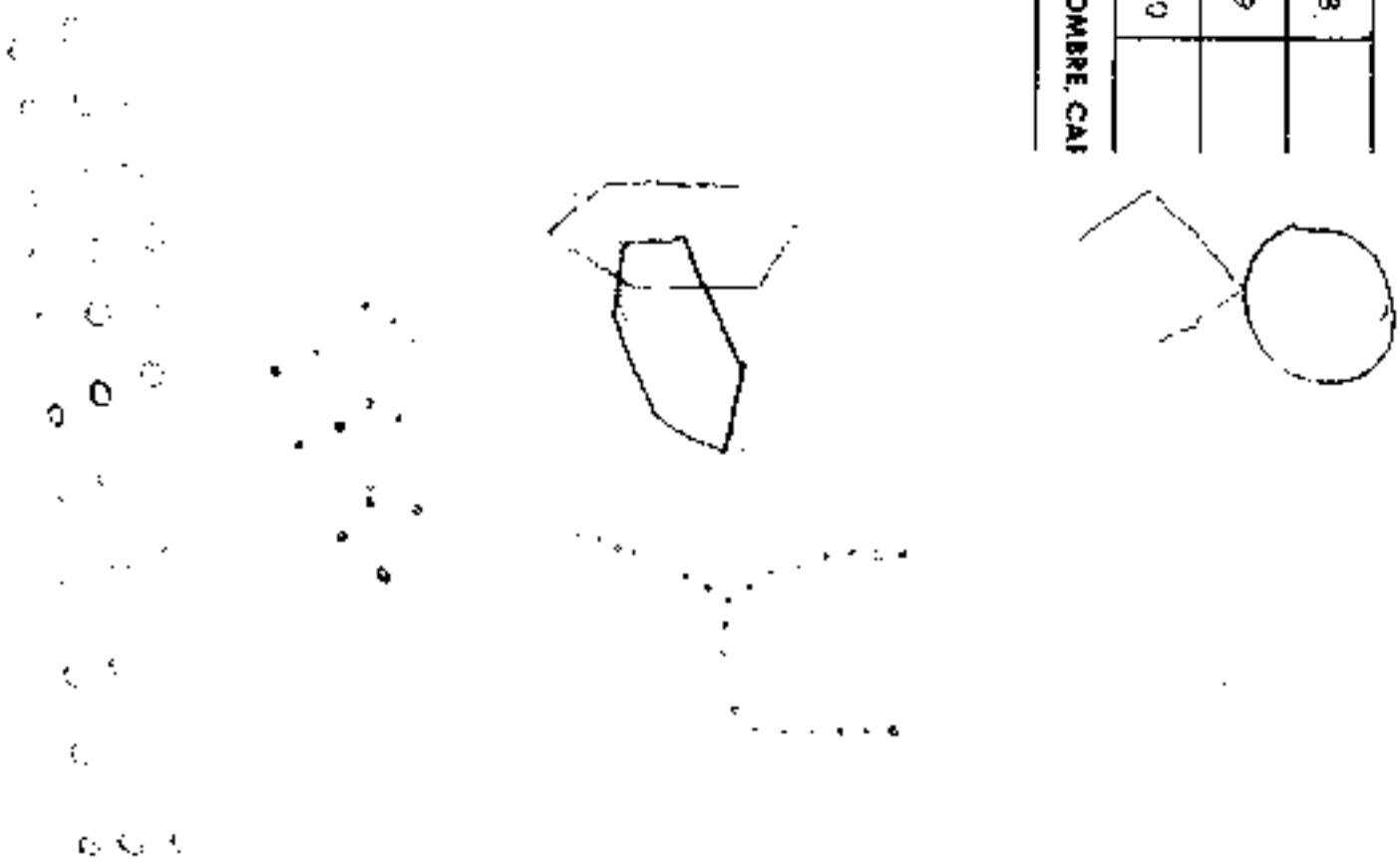
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

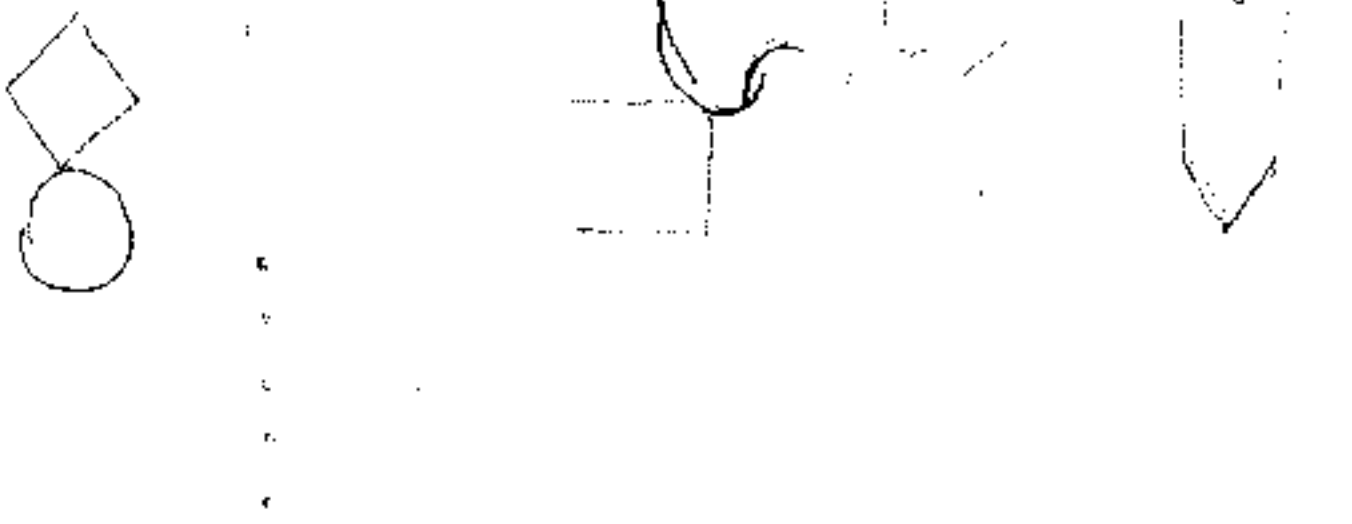
EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Zaeth Lucion Moncada

NOMBRE CAI	10	9	8







"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAPTAS

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

[illegible]	Versión:	Fecha de Aprobación: [illegible]	Actualización: [illegible]

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Zaleth Juliana Marcado TIPO ID: TI NUMERO: 1087973911
FECHA DE ATENCION: 05-11-24 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
Se ejecuta ejercicios de iniciación, evidenciando modelamiento en cada uno de los ejercicios - trabajo en extensión superiores e inferiores

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Zaleth Juliana Marcado Aguilar

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FO-M-01	Version:	Fecha Aprobacion: 04/09/2022	Actualizacion: 25-09-2023

SERVICIO: Terapia ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Isabella Luciana Plazas TIPO ID: T.I NUMERO: 1 070 983 11
FECHA DE ATENCION: 05-12-24 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
Se hace valoración de funciones ejecutivas - motricidad fina y coordinación bimanual

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISCAF S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: F-MED	Version:	Fecha Aprobación: 01/09/2022	Actualización: 25/09/2023

SERVICIO: Terapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Estella Luciana Moncada TIPO ID: T.I NUMERO: 1097995311
FECHA DE ATENCION: 05-12-24 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
Se hace valoración comprensión escrita y semiarticular. Modo y tiempo articulatorio.

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajes y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiere deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 12 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 10-30

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Cesar Javier Calvo Amado

Documento de Identidad Nº: 1020194669

Nº de Historia Clínica: _____

Fecha de Diligenciamiento: 12-12-2024

Hora: 10-30

Diana Amado

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1069208866

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053346948.

Paola Daniel Alarcón
Cel: 324 220 50 43
PSICOLOGO
T.P. 243831

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Emerson Javier Calvo A.		TIPO ID: R.C	NUMERO: 1003[illegible]69
FECHA DE ATENCION: 12-12-2023	DX:	HORA: 10-30 AM	
EVOLUCION 1:			
Paciente masculino 3 años de edad en buen estado de salud, Presenta dificultades sensoriales con limitaciones en movimiento de brazos, dificultad de Sensaciones Motrices y desarrollo dificultad de motricidad fina Visomotor debido a la limitación sobre Evaluara sesión 2da / complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	Johana Amado T.

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCIÓN:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: [illegible]	Versión: 1 Fecha Aprobación: 01/05/2021 Actualización: 20-05-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Yuseth Ibarra Amado, mayor de edad, identificado con C.C. 1099208886 actuando en nombre propio o como representante legal de Emanuel Javier Ochoa Amador identificado en la C.C. 1099288816 1030199665.

DECLARO

Que he sido informado hoy 12 - Dic 2017 por la Terapeuta: Gaines Rubio sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Ataxia cerebelosa — Labio leporino.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ☒ Acepto de Conformidad
- ☐ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Silvana Amaya
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099268686

Diana Pachón
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053-339.158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: [illegible]	Actualización: 20 09 2023

SERVICIO: T. de lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Emanuel Juan Colwill **TIPO ID:** RC **NUMERO:** 1013199669
FECHA DE ATENCION: 12-11-2024 **DX:** lenguaje **HORA:**
EVOLUCION 5: asiste a fonoaudiología, trabajando praxias orofaciales, no ejercicios esperados, se requiere T. de lenguaje, fonoaudiología 40 sesiones

FIRMA DEL PROFESIONAL Gina Pérez **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA**
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: FHA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 1:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

Evaluación de Fonoaudiologia

Nombre del Paciente: Emanuel Julian Cano Arnedo

Edad: 5 años

Género: masculino

Condición de Discapacidad Diagnostica: labio leporino · atresia palatina

Fecha: 12 - dic - 2024

Antecedentes Médicos y Desarrollo

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido alguna complicación durante el nacimiento?	X		
2. ¿Ha habido alguna hospitalización o cirugía significativa?	X		
3. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño? (gateo, caminar, etc.)	X		
4. ¿Cuándo comenzó a balbucear y decir sus primeras palabras?	3 años		
5. ¿Hay antecedentes familiares de problemas de comunicación o audición?			X

Evaluación Auditiva

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada

1. ¿El niño ha tenido infecciones de oído frecuentes?			X
2. ¿Reacciona a sonidos fuertes o inesperados?			X
3 ¿Parece no escuchar bien en ambientes ruidosos?			X
4. ¿Se queja de dolor o molestias en los oídos?			X

Evaluación de la Articulación y Fonología

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Tiene dificultad para pronunciar ciertos sonidos?	X		
2. ¿Sustituye, omite o distorsiona sonidos? (por ejemplo, dice "tasa" en lugar de "casa")	X		
3. ¿Otros entienden su habla la mayor parte del tiempo?		X	

Evaluación del Lenguaje y la Comunicación

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿El niño responde a su nombre y a órdenes simples?	X		
2. ¿Utiliza gestos para comunicarse (apuntar, asentir, etc.)?	X		
3. ¿Cuántas palabras puede decir aproximadamente?		20	
4. ¿Forma frases o solo palabras sueltas?		X	
5. ¿Cómo reacciona cuando no se le entiende (frustración, repetición, etc)?			X
6. ¿Entiende y sigue instrucciones de dos pasos (por ejemplo, "ve a la cocina y trae una taza")?	X		
7 ¿Usa pronombres correctamente (yo, tú, él, ella. etc.)?		X	

Evaluación de la Articulación y Fonología

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿La voz del niño suena ronca, nasal o tensa?	X		
2. ¿Habla con pausas o repeticiones excesivas?			X
3. ¿Muestra signos de tensión al hablar?			X

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 12 - 12 - 24 CIUDAD: Barbosa - Santander.

Yo Yiseth Juliana Arcudo Magallon, mayor de edad, identificado con C.C. 1099 298 886, actuando en nombre propio o como representante legal de Emanuel Javier Cubo Arcudo identificado en la C.C. 1030.199 669.

DECLARO

Que he sido informado hoy 12 - Diciembre - 24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerine Juliana Florez Gamboa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturafeza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de Intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Johana Amado
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1094208886

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1094.237.708

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Emanuel Javier Calvo Arnedo		TIPO ID: RC	NUMERO: 1030.149.669
FECHA DE ATENCION: 12-12-24	DX:	HORA: 8:30 am	

EVOLUCION 1: Ingresa usuario en buenas condiciones se observa hipotonia sin cicatrices, gastrostomia, con diagnostico de retraso psicomotor, en la valoración se identifica, inquietud motora, retraso en el lenguaje, baja carga de impulso y baja tolerancia a la actividad. Se establece intervencion dirigida al procesamiento sensorial. Se finaliza la sesión, no se presenta evento.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Johana Arnedo

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-AH-01	Versión: 3 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización 20/09/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISCAPSAS

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FO-GI	Version:	Fecha Aprobacion: 01/06/22	Fecha Impresion: 27/12/2024

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Emanuel Javier Calvero TIPO ID: RC NUMERO: 1030199669
FECHA DE ATENCION: 17-12-24 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
Mejor ingresa en buenas condiciones de salud. Se trabaja la fuerza, la estabilidad y preparar al niño para regresar a sus actividades deportivas.
Incluir actividades deportivas específicas para mejorar la conjunto

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 18 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 10-10 Am

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE Oscar David Quintero Aguilar

Documento de Identidad Nº: 1090216406

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 18-12-2024

Hora: 10-10am

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1090216406

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053396948

Testigo

C.C.

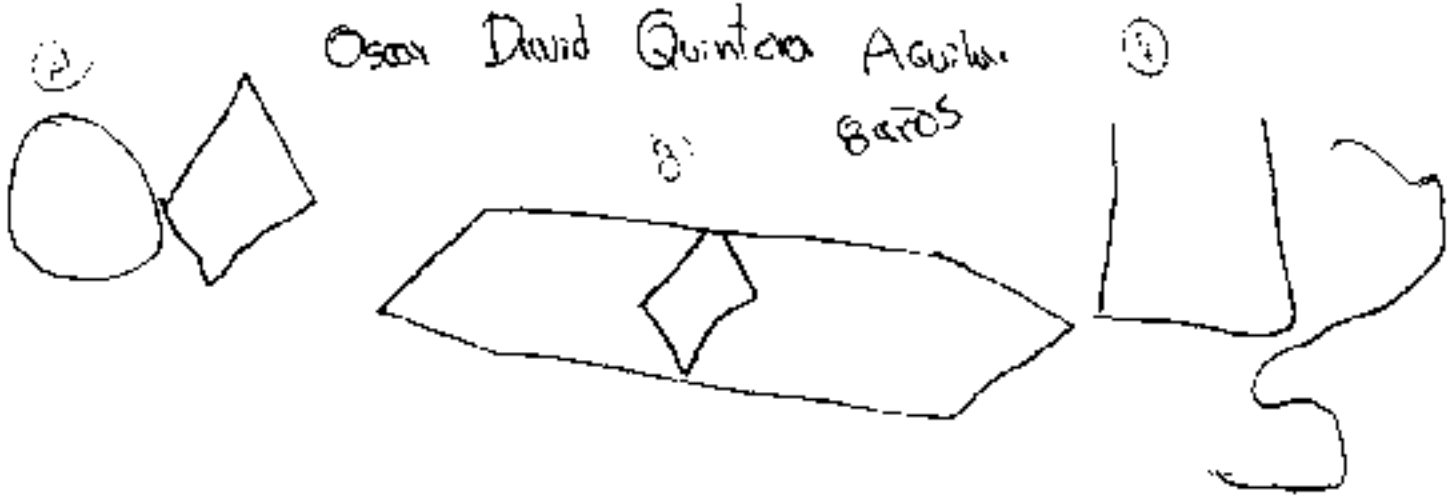
Paola David Martínez
Cel: 324 223 50 43
PSICOLOGO
T.P. 321159

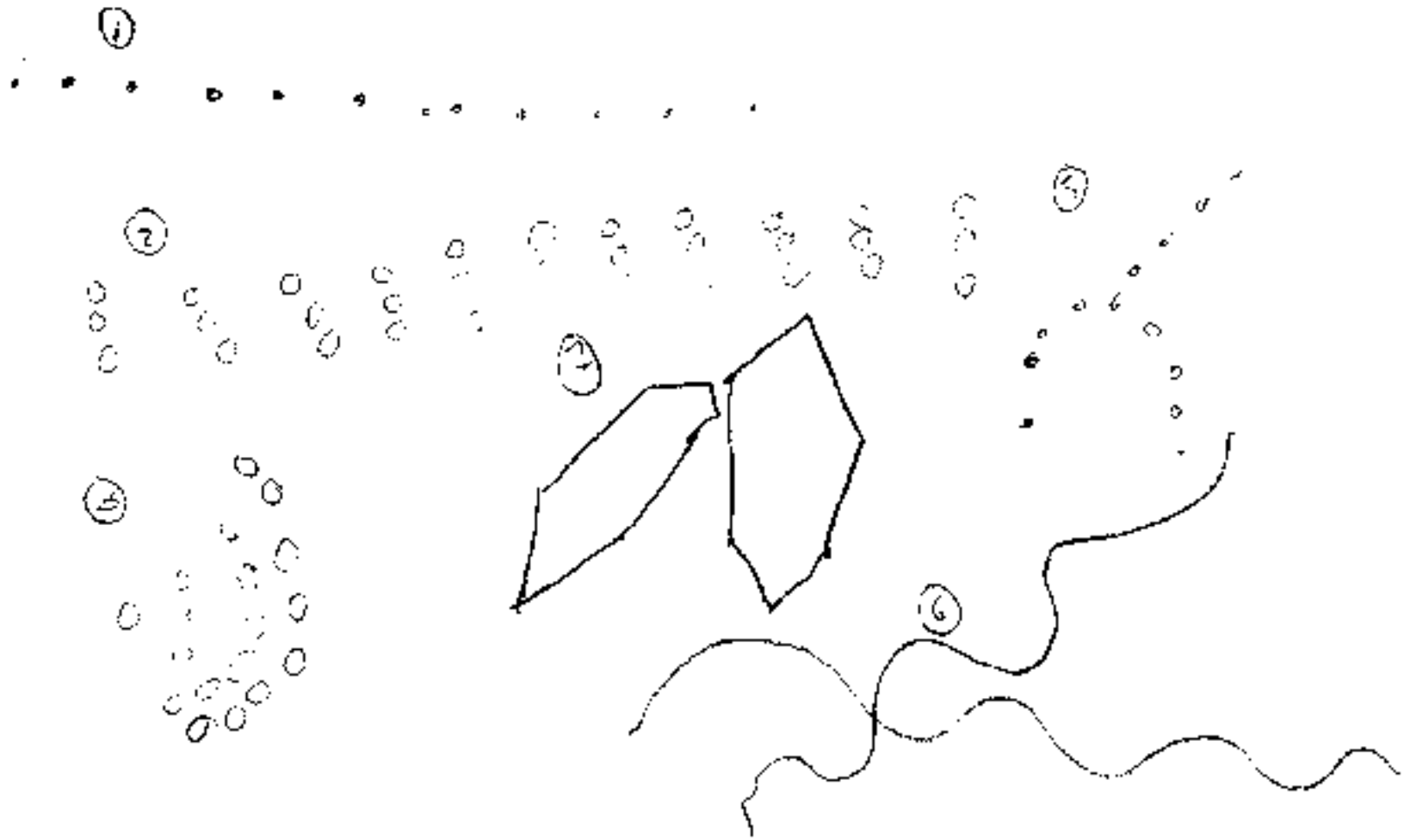
NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento.

OBSERVACIONES:

Oscar David Quintero Aguilar.
8ºB





"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAPSAS

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMG	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/09/2022	Actualizacion: 01 Dic 2023

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Oscar David Cortes A. TIPO ID: T.I NUMERO: 1042164406
FECHA DE ATENCION: 18-12-2024 DX: HORA: 10:10 Am
EVOLUCION 1: Paciente masculino de 8 años de edad, en buen estado de salud, Consulta con Criterios DSM V para TDAH, criterios CIA1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1G, 1H, 1I, 2A, 2B, 2C, 2E, 2F, 2G, 2H, 2I (B) aceptados en esta instruccion, se aplica test bender finaliza Sesion sin Complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | AILYP CAMILA BENITEZ AGUILAR
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO.
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 18/12/2024 CIUDAD: BARBOSA

Yo AILYN CAMILA BENITEZ AGUILAR, mayor de edad, identificado con C.C. 1094206900 actuando en nombre propio o como representante legal de OSCAR DAVID QUINTERO AGUILAR identificado en la C.C. 1099216406

DECLARO

Que he sido informado hoy Miercoles 18-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caidas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico ... .
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

AILYN CAMILA BENITEZ
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099705900

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

"QUITALE EL DIB A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: GHM01	Version:	Fecha Aprobacion: 01/05/20[illegible]	Actualizacion: 05/09/2023

SERVICIO: T. Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Oscar David Quintero A TIPO ID: TI NUMERO: 1099.216.406
FECHA DE ATENCION: 18-12-2024 DX: HORA: 08:30 am
EVOLUCION 1:
Ingresa pacien en buen estado de salud. Se realiza valoracion identificando alteracion escolar, entiende indicaciones simples y complejas, pero no se permite realizarlas, presentado comportamental desafiantes, oposi-tores, en el aula de clase y casa, lo cual limita su desempeño en las aren familiares escolares y Sociales. dificultad en su motricidad fina.

FIRMA DEL PROFESIONAL
ALLYN CAMILA BENITEZ AGUILAR
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA
EVOLUCION 8.

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: 18/12/2024 CIUDAD: BARBOSA

Yo ANYI CAMILA BENITEZ AGUIAR, mayor de edad, identificado con C.C. 1099206900, actuando en nombre propio o como representante legal de OSCAR DAVID QUINTERO AGUILAR identificado en la C.C. 1099216406

DECLARO

Que he sido informado hoy 18-dic-2024 por la Terapeuta Gineth Patricia Reyes sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: dislexia.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ■ Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

AILYN CAMILA BENITEZ
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1094206900

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1853333158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAPSAS
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FO-GC-01	Versión:	Fecha Aprobación: 01/03/2017	Actualización: 01/03/2017

SERVICIO: Terapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Oscar David Quintero Avila TIPO ID: T.I NUMERO: 1019216406
FECHA DE ATENCION: 18-Dic-2021 DX: Q Síndrome HORA: 01:45 pm
EVOLUCION 1: Paciente de 8 años del colegio Santafe, se evalua hace terapia de comunicación escribe con letra caligráfica? se coloca en tablero y dictado algunas palabras, se recomienda refuerzo en lectura y ortografía, dictado

Oscar Pachon. | ALLYN CAMILA BENITEZ AGUILAR
FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCIÓN 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID. **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION DX. HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Oscar David Quintero TIPO ID: TI NUMERO: 1099216406
FECHA DE ATENCION: 18/12/24 DX: HORA 09:05 am
EVOLUCION S:
Oscar David 8 años, ingresa en buenas condiciones de salud. Familia nuclear, familia disfuncional, el menor presenta conflictos entre sus progenitores, estilos parentales autoritativos donde prima las amenazas, vocabulario inadecuado. Aprenden rebeldes familiares, problemas en expresar emociones, se observan juegos de chuzo

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE ARGENIS DENIS AGUILAR

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION S:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION ?

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION S

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAPSALS
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: [illegible]	Version: [illegible]	Fecha de Aprobacion: 31/03/2021	Actualizacion: 2021-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les pueda ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en este momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, esté en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En qua caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 05 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 04:20 Am

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Johan Sneider Ros Medina

Documento de Identidad Nº: 1096223164

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 05- Diciembre - 2024

Hora: 04:20 Am

Erika Medina Quiroz

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1096111121

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1033969918

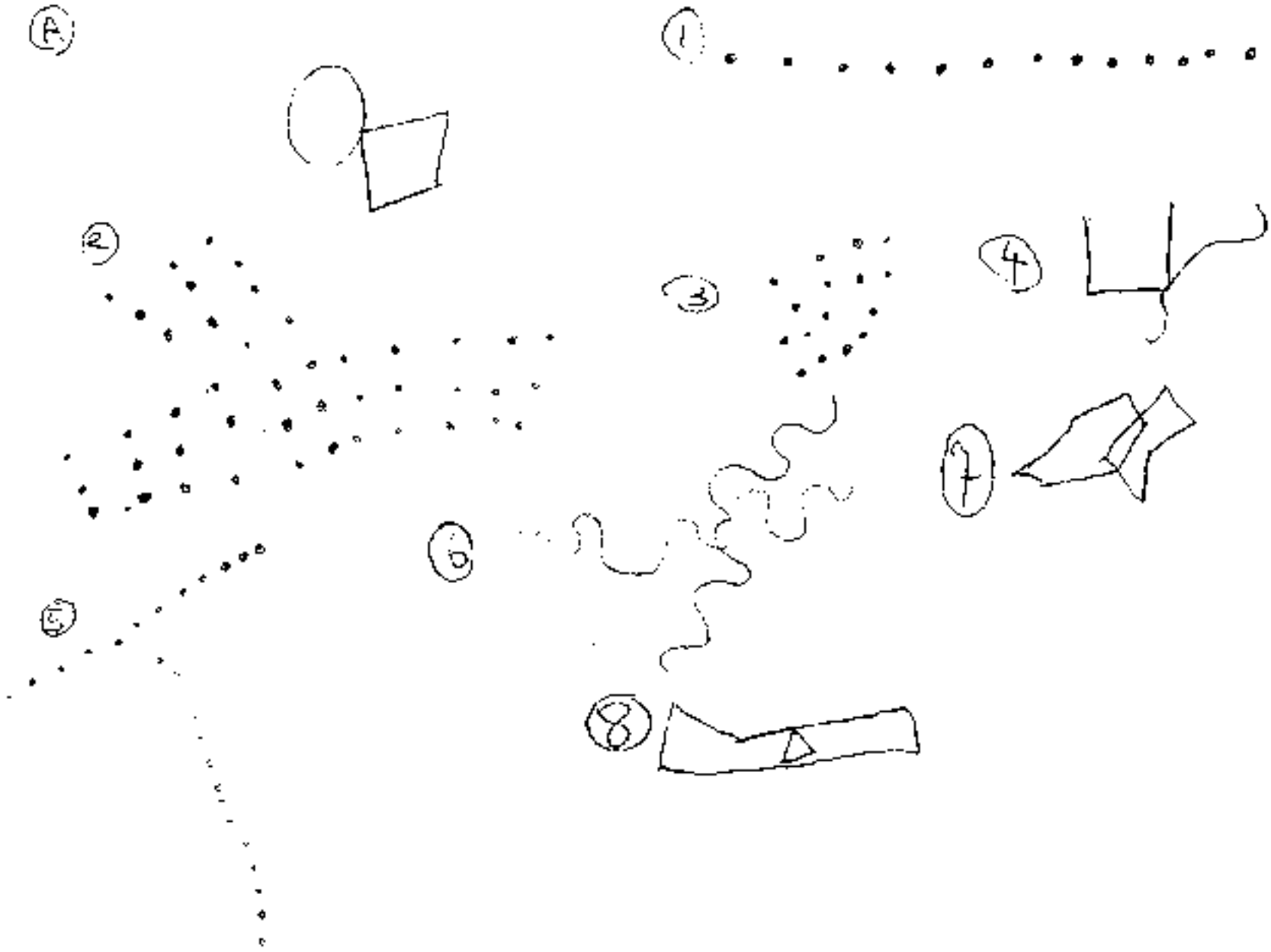
Testigo

C.C.

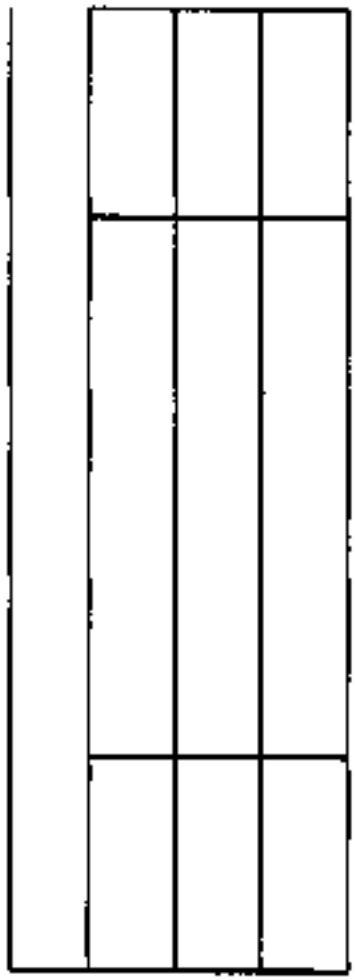
NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:



Johan Snerder Rea.



DISKCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISKCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: I	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Sebastian Rios Medina | **TIPO ID:** T.I | **NUMERO:** 1096222103

FECHA DE ATENCION: 05-12-2079 | **DX:** | **HORA:** 04-20

EVOLUCION 1:

Paciente en buen estado general de salud, Paciente de 13 años, Posible dificultad de atención sostenido sigue instrucciones, Se aplica test breve valoración del estado de receptivo a seguir ordenes Posible dificultad de habilidades escolares, lenguaje escritura, Leer y Analizar textos sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Erika Medina Mora

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: F M 01	Version: 1 | Fecha Aprobación: 01/06/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Erika Maria Quiroz, mayor de edad, identificado con C.C. 1096211121, actuando en nombre propio o como representante legal de Johan Snyder Rios Mesa, identificado en la C.C. 1096223107

DECLARO

Que he sido informado hoy 05/12/2024 por la Terapeuta: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196413

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Erika Alcira Quiroga

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1076211121

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

Evaluación de Fonoaudiología

Nombre del Paciente: Johan Snyder Rod

Edad: 13 años

Género: Masculino

Condición de Discapacidad Diagnostica:

Fecha: 05/ Diciembre / 2024

Antecedentes Médicos y Desarrollo

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido alguna complicación durante el nacimiento?			X
2. ¿Ha habido alguna hospitalización o cirugía significativa? Cirugía hernia umbilical y de testículo		X	
3. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño? (gateo, caminar, etc.)	X		
4. ¿Cuándo comenzó a balbucear y decir sus primeras palabras? entre los 6 a 9 meses	X		
5. ¿Hay antecedentes familiares de problemas de comunicación o audición?			X

A los 6 meses los dolores

Evaluación Auditiva

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿El niño ha tenido infecciones de oído frecuentes?	X		
2. ¿Reacciona a sonidos fuertes o inesperados? depende		X	
3. ¿Parece no escuchar bien en ambientes ruidosos?	X		
4. ¿Se queja de dolor o molestias en los oídos? En los dos oídos.	X		

Evaluación Orofacial y de Alimentación

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido problemas para succionar o masticar alimentos?		X	
2. ¿Muestra dificultad para controlar la saliva?			X
3. ¿Presenta movimientos inusuales de la mandíbula, labios o lengua?			X

El [illegible] en algunas ocasiones, no sigue órdenes de dos pasos, utiliza palabras [illegible] y tiene [illegible] no dice o entiende

tiene dificultad para pronunciar algunas palabras, en ocasiones sustituye palabras y otras entiende la mayor parte de [illegible]

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:
Yo Erika Medina Quiroz, mayor de edad, identificado con C.C. 1096211171, actuando en nombre propio o como representante legal de Johan Sneider Roa Medina identificado en la C.C 1096223107

DECLARO

Que he sido informado hoy 05/12/2024 por la Terapeuta Ocupacional: sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Johan Sneider Roa Medina.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

Erika Medina O

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1 096219121

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MÉDICAS

SERVICIO: T ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Johan Sneider Roa M TIPO ID: TI NUMERO: 1.096.228.167
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de Salud. Presenta dificultad a nivel escolar, se evidencia problema para mantener su atención, no realiza actividad de motricidad fina.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: R-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/08/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Johan Sneider Rios Medina		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1096223.061
FECHA DE ATENCION: 05 | 12 | 24	DX:	HORA: 8:48 a.m	
EVOLUCION 1: Menor de 13 años, familia nuclear, dinámico flan disfuncional manifestandose a través de crisis convivenciales, desmotivaciones y falta de apoyo emocional. Hay ausencia de pautas de crianza, estilos parentales autoritativos, dificultades en la comunicación, exacerbando el aislamiento en Johan. Faltan de pautas para que sean implementadas en el hogar			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Erika Medina Ruiz FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCIÓN:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-AM-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCIÓN 7:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCIÓN 8:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen estos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 05-12-2024 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 9:02

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:
Gerson David Arias Ariza
Documento de Identidad Nº: 1096993913
Nº de Historia Clínica:
Fecha de Diligenciamiento: 05-12-2024
Hora: 9:02

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o TP
C.C. 1094960486

Tarjeta Profesional
Cel: 324 233 80 43
PSICOLOGO
T.P 213801

220 34565
Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO
Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: German David Ariza | **TIPO ID:** T.I | **NUMERO:** 1096983815
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 | **DX:** | **HORA:** 8:40

EVOLUCION 1:

Ingresa Paciente en buenas condiciones. Paciente de 14 años. Dificultad de Sedimentación. Atención Dispersa. Presenta posible retraso de Aprendizaje Discalculia y del lenguaje con antecedentes de Microcefalia se aplica Test Bender. finaliza Sesión Sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Miriam Rocio Ariza H

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: German David Ariza | **TIPO ID:** T.I | **NUMERO:** 1096983815
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024 | **DX:** | **HORA:** 8:40

EVOLUCION 2:

Ingresa Paciente en buenas condiciones generales de salud, se realiza Terapia Psicologica de Sensibilización y Razonamiento logico Solución de problemas, finaliza sesión Sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Miriam Rocio Ariza Hernandez

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: German David Ariza | **TIPO ID:** T.I | **NUMERO:** 1096983815
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 | **DX:** | **HORA:** 08:00 Am

EVOLUCION 3:

Ingresa Paciente en buenas Condiciones generales de Salud se realiza ejercicios de estimulación cognitiva Atención Sostenida, Percepción de estimulos finaliza sesión sin Complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: German David Ariza | **TIPO ID:** T.I | **NUMERO:** 1096983815
FECHA DE ATENCION: 12-12-2024 | **DX:** | **HORA:** 08:40 Am

EVOLUCION 4:

Ingresa Paciente en buenas condiciones generales de Salud se realiza Terapia psicologica Orientada en la Secuenciación y Seguimiento de instrucciones, ademas de percepción de emociones finaliza Sesion sin Complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: FM401	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

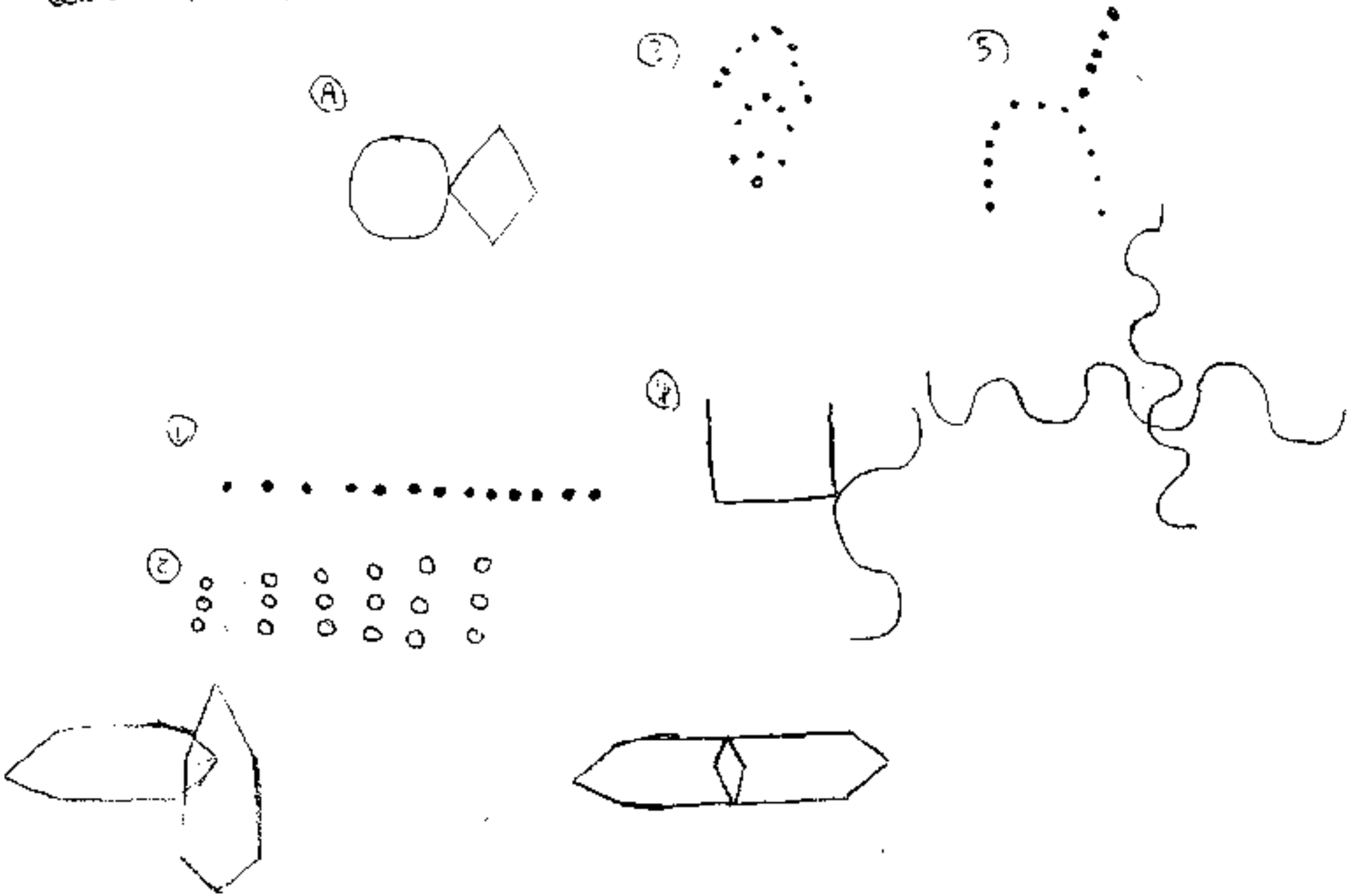
SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

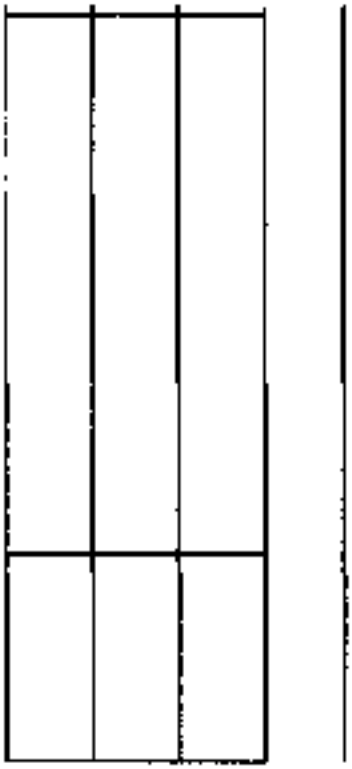
FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

German David Arias





DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S			
	GESTION DE CALIDAD			
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS				
Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizado en 20-09-2023	

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Erwin David Arco Arco		TIPO ID: TI	NUMERO: 1096423815
FECHA DE ATENCION: 06/12/24	DX:	HORA: 9:15 a.m	
EVOLUCION 1: Menor de 14 años, ingresa con su señora madre, familia monoparental, hogar extenso. Erwin es el menor de dos hijos. Se evidencia apoyo de crianza y estilos parentales positivos, muy colaborador en elaboración y seguimiento de horario. Se facilitan herramientas a la mamá para que sean ejecutadas en casa.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	Miryan Rocio Ariza Hernández

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 0 /05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:

Yo Miriam Rocio Ariza Hernandez, mayor de edad, identificado con C.C. 26034565, actuando en nombre propio o como representante legal de German David Ariza Hernandez identificado en la C.C. 1070446824 /S

DECLARO

Que he sido informado hoy 05/12/24 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISSOAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 28 034565

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

DIS CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: Terapia ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Germán David Ruiz A.		**TIPO ID:** T.I	**NUMERO:** 1.096 983815
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	**DX:**	**HORA:** 9:15 am	

EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Presenta dificultad escolar, problemas para mantener su atención, dificultad en su lenguaje, a nivel expresivo manifiesta lo que desea, pero le falla conjugar mas frases. A nivel comprensivo entiende indicaciones simples y complejas, pero a veces no se permite realizarlas.

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Miryam Rocío Ariza Hernández

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Nelsom Rocio Baica Hernández, mayor de edad, identificado con C.C. 24034565 actuando en nombre propio o como representante legal de Gelmar Yaid Baiza Sua identificado en la CC1096443815

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos o aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- o Acepto de Conformidad

- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 28034563

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

Evaluación de Fonoaudiología

Nombre del Paciente: Germán David Pinto

Edad: 11 años

Género: Masculino

Condición de Discapacidad Diagnostica: Microcefalia

Fecha: 03/12/2024

Antecedentes Médicos y Desarrollo

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido alguna complicación durante el nacimiento? (No problemas de la mamá (preeclampsia severa))			X
2. ¿Ha habido alguna hospitalización o cirugía significativa? (Cesárea (cirugía))		X	
3. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño? (gateo, caminar, etc.) Camina a los 18 meses.		X	
4 ¿Cuándo comenzó a balbucear y decir sus primeras palabras? (Habló a los 2-3 años, decía muy pocas palabras)		X	
5. ¿Hay antecedentes familiares de problemas de comunicación o audición?			X

Retraso del aprendizaje, lenguaje, razonamiento.
Tiene un tono de voz muy bajo

Evaluación Auditiva

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿El niño ha tenido infecciones de oído frecuentes?			X
2. ¿Reacciona a sonidos fuertes o inesperados?			X
3. ¿Parece no escuchar bien en ambientes ruidosos?	X		
4. ¿Se queja de dolor o molestias en los oídos?			X

Evaluación Orofacial y de Alimentación

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido problemas para succionar o masticar alimentos?		X	
2. ¿Muestra dificultad para controlar la saliva?			X
3. ¿Presenta movimientos inusuales de la mandíbula, labios o lengua?		X	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y si tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona o entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 05 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 04:02 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Viviana Lizeth Cabrera Cano

Documento de Identidad Nº: 1.049.216.617

Nº de Historia Clínica: _____

Fecha de Diligenciamiento: 05-12-2024

Hora: 04:02 PM

Shirley Cano
Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 1001122242

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o TP
C.C. 1053346948

Pedro Daniel Villamizar
Cel: 321 223 90 43
PSICOLOGO
TP. 246951

Testigo
C.C

NO CONSENTIMIENTO
Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:

VTS - DAF	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: H-M-01 | Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/06/2021 | Actualización: 20-09-2023	

SERVICIO: Parcelado

NOMBRE DEL PACIENTE: Viviana Lizbet Sanchez **TIPO ID:** T.I **NUMERO:** 1049216013

FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 **DX:** **HORA:** 4:50

EVOLUCION 9:

Paciente en buen estado general de salud, Paciente femenino 8 años con posible discapacidad intelectual remitido dificultad de aprendizaje para llevarse a la postconsulta conducta normal sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL

Sanclez Cortes
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

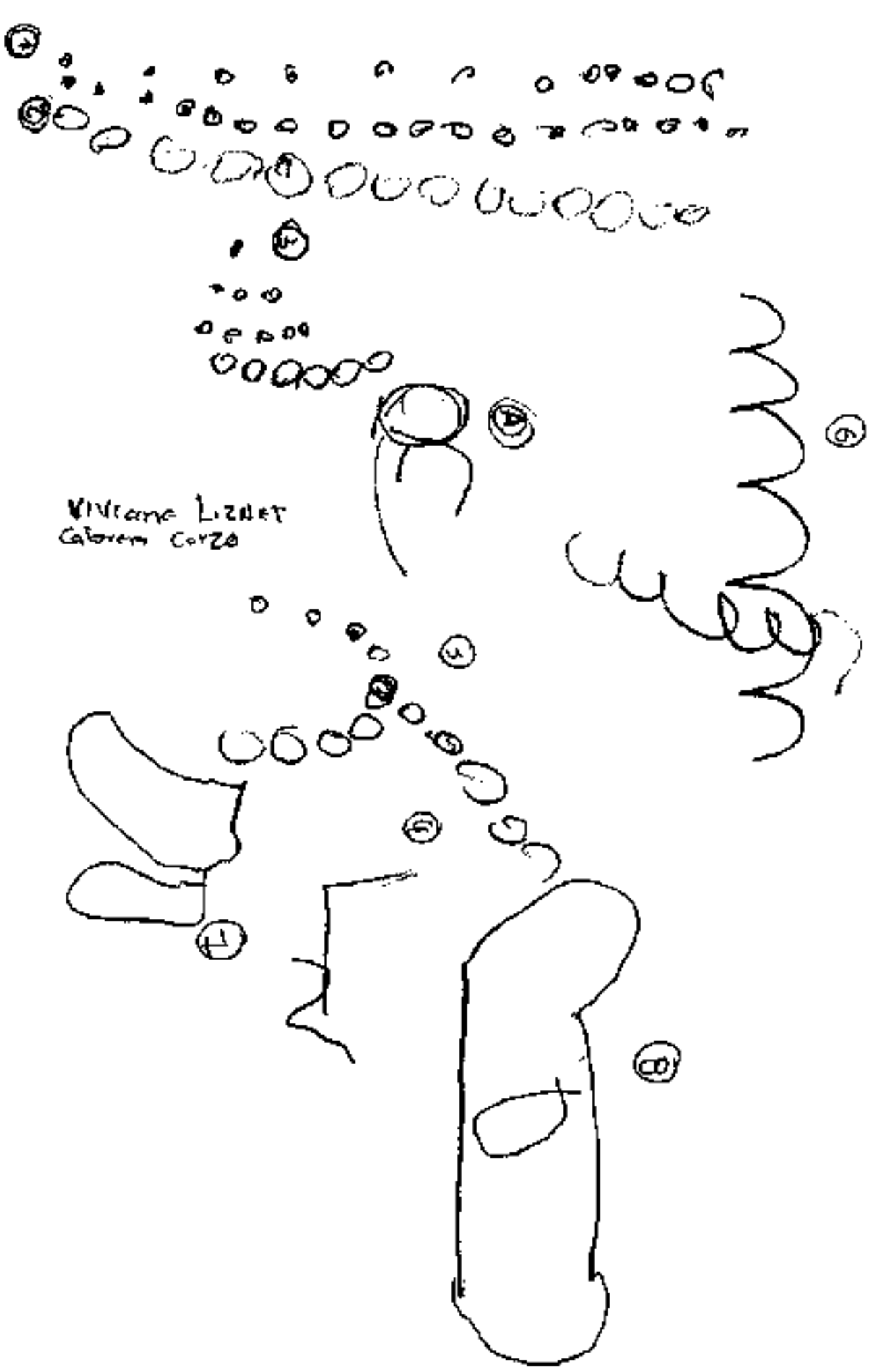
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE


Viviane Lizbet
Gabriela Corzo

DIS CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01	Versión: | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 5 noviembre 2024 CIUDAD: Barbosa Santander

Yo [illegible], mayor de edad, identificado con C.C. [illegible], actuando en nombre propio o como representante legal de [illegible] identificado en la C.C. [illegible]

DECLARO

Que he sido informado hoy 5 Diciembre por la Terapeuta Ocupacional: [illegible] sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: [illegible].

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Baloterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Shirley Cano

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1001772242

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H AA 01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Yinnoe Lizeth Cabrera C.		TIPO ID:	NUMERO: 1099216012
FECHA DE ATENCION: 05-11-2024	DX:	HORA: 4:30 pm	

EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Presenta dificultades a nivel escolar desde hace 2 años, problemas para mantener su atención, dificultad para realizar actividades de motricidad fina.

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: M-MAQ-I	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DIS CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Ambulancia

NOMBRE DEL PACIENTE: Valentina Cohen Cano TIPO ID: T.I NUMERO: 1042765014

FECHA DE ATENCION: 05/12/24 DX: HORA: 07:35

EVOLUCION 9: Valentina acude con su mamá, Familia nuclear, hija única, padres profesionales, mencionan que desde Valentina desobedece la castigan, hasta de manejo psicológico. Se formulan herramientas para que sean implementadas. La mamá refiere que Valentina modula comportamientos que pueden ser disruptivos.

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Shirley Cano

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAPACES
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión: 1	Fecha de Aprobación: 31/01/23	Fecha de Actualización: 05/12/2023

SERVICIO: T. lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Dayana Greete Cabrera TIPO ID: T.I NUMERO: 1099216017
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
No presenta dificultades a nivel de lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL: Gina Pacho FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Shirley Cobo

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se la asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona o entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que lo manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de
edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 17 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 09-10.

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Juan José Peña Flores

Documento de Identidad Nº: 1083116329

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 17-Dic-2024

Hora: 09-30 Am

Maria Paola Flores

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

CC 1.020.732.318 Bta

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053346948

Testigo

C.C.

Pedro Daniel Gómez
Cel: 321 223 90 43
PSICOLOGO
T.P. 218881

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

٣
٤
٢
٥
ج
ب
ا

Una foca pesa
10 años

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: FMHOI	Version:	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualización: 26/05/2023

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Jose Peña Plazas TIPO ID: T.I NUMERO: 1033166239
FECHA DE ATENCION: 18-12-2024 DX: HORA: 09-10

EVOLUCION 1: Paciente Masculino de 16 años de edad, en buen estado de Salud, Paciente con diagnostico especto del mismo, Contacto visual adecuado, presenta ecolalia, Dificultad para secuencias Cronograma de trabajo, Sigue instrucciones, Presenta conductas estereotipadas, Finaliza Sesión Sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Juan pablo Plazas Santamaria.

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Yeisa Paola Plazas Santamaria, mayor de edad, identificado con C.C. 1.020.731.318 B/C., actuando en nombre propio o como representante legal de Juan José Pedraza Plazas identificado en la C.C. 1023.116.229.

DECLARO

Que he sido informado hoy 18-dic-2024 por la Terapeuta: Diana Paola Pachon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Autor.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños le comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ✓ Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1020732318 Bta

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053813513

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" OSXCAP S.A.S GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 11/05/2021	Actualización: 20/09/2023

SERVICIO: Jerarquía
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan José Pérez Pérez TIPO ID: T.I NUMERO: 1023116229
FECHA DE ATENCION: 18-dic-2024 DX: Ashumole HORA: 02:43 pm
EVOLUCION 1: Paciente de 10 años, mujer acudir S/E estable consciente movilidades con limitación se le diagnostica la fractura L.C. en mejoría en operación con diagnóstico ashumole, epoter, disgluta

FIRMA DEL PROFESIONAL: Gina Peron | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Yuly paola Pérez Santamaría

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUIÁLE ES DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: F-GC-04	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/03/2022 | Actualización: 24/08/2023

SERVICIO: Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Jose Peña Plazas TIPO ID: TI NUMERO: 1033116729
FECHA DE ATENCION: 18-12-2024 DX: HORA: 9:30 a.m.
EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de Salud. Presenta alteraciones a nivel escolar lecto-escritura, no recibe indicaciones complejas. Presenta problema para mantener su atencion.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Yuly Paola Plazas S.

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CITE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan José Vera Pinaos TIPO ID: TI NUMERO: 1033116229
FECHA DE ATENCION: 18/12/24 DX: Autismo HORA: 08:25 a.m.
EVOLUCION 5:
Juan José 10 años 9 meses asiste en buenas condiciones de salud acompañado inicialmente por madre quien refiere hoy entrenamiento de limites y rutinas puesto las cuales han presentado cierta autonomía en tareas. Se brindan pautas de cuidado para que sean ejecutadas en casa.

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Yoly Paola Pinos Sandoval

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de antidpación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En qua caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de
edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 17 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 11-22

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Yoel Manuel Lobo Mendoza

Documento de Identidad Nº:

Nº de Historia Clínica: 1014835263

Fecha de Diligenciamiento: 17-12-2024

Hora: 11-22

Yoel Manuel Lobo Mendoza

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C.

1053346948

Nombre o firma del Psicólogo que lo atiende

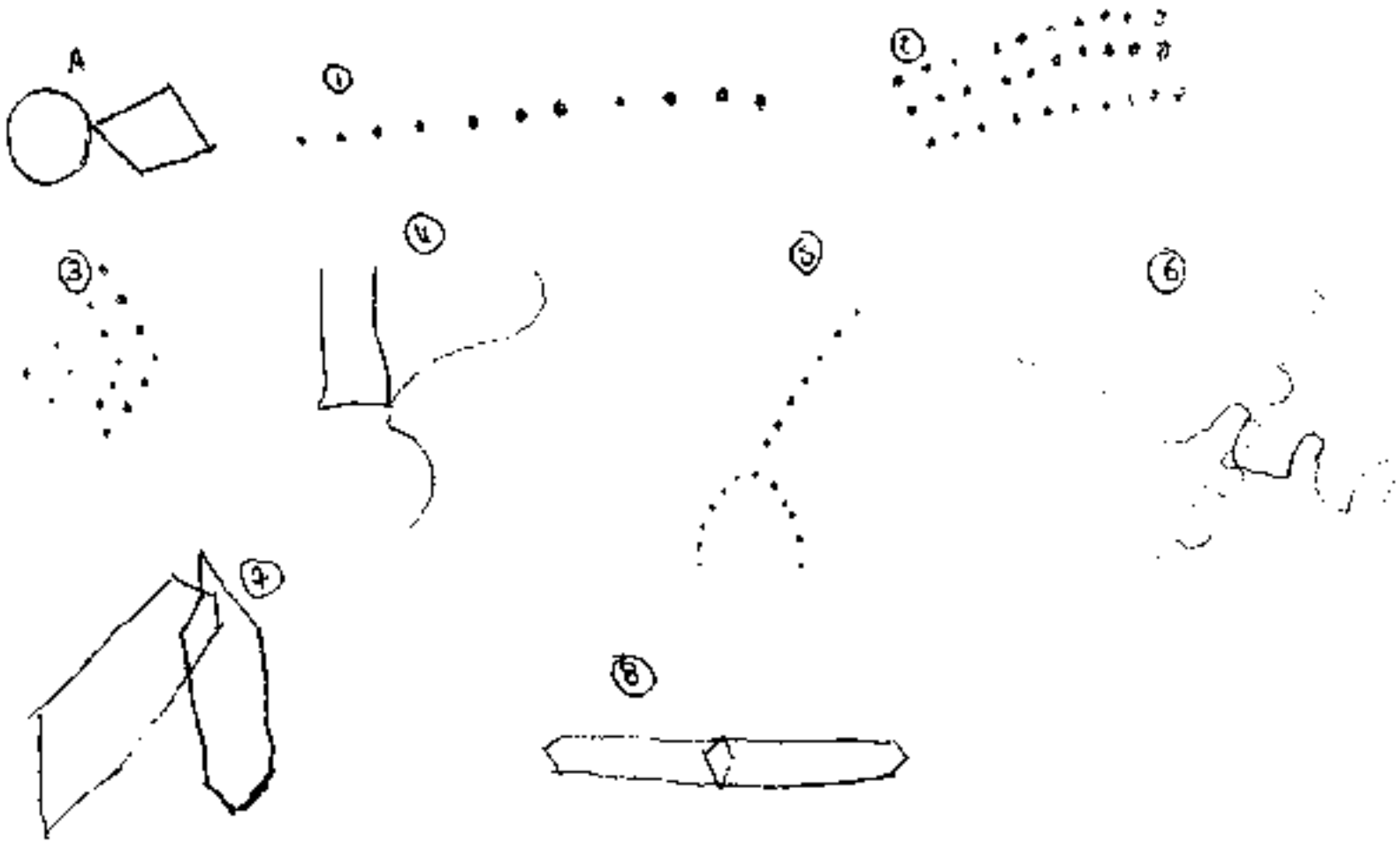
C.C. 1053346948

Dr. Daniel [illegible]
Cel: 321 223 50 13
PSICOLOGO
TP 215681

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento.

OBSERVACIONES:



Yofer Manuel Lobo

Fotos

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Psicologia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Yafes Manuel Lobo M.		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1094835263
FECHA DE ATENCION: 19-12-2024	DX:	HORA: 11-12 Am	
EVOLUCION 1: Paciente masculino de 9 años de edad en buen estado de salud desempeñando de Cuidadano. Se observa test bender se evidencia trastorno especifico del Aprendizaje Lecto escritura cumple criterios Dsm II A1 A2 A3 A4 A5 A6 Con dificultades en la lectura fluidez. Se sugiere sus complementos			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Yeraldi Lobo	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6.

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA:
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Jafet Manuel Lobo Mendoza, mayor de edad, identificado con C.C. 1094835269, actuando en nombre propio o como representante legal de Jeniebel Lobo, identificado en la CC 23573749.

DECLARO

Que he sido informado hoy 12-dic-2024 por la Terapeuta: Sandra Pachón sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Dislexia y comprensión lectora

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir segun mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos o aparatos de ortodoncia
- Hiperventalación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ■ Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

Yeraldi Ivon
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 27357748

Gina Rocha
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1003.347.118

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: HM-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-07-2023

SERVICIO: Lenguaje			
NOMBRE DEL PACIENTE: Hoyos Ruiz Luis Manuel		**TIPO ID:** CC	**NUMERO:** 1047435263
FECHA DE ATENCION: 17-dic-2024	**DX:**	**HORA:** 10:48 a.m.	
EVOLUCION 1: Paciente femenino, ingresa a grado 2°, problema con la fonema r, refuerzo terapia.			
FIRMA DEL PROFESIONAL Ana Patricia		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Rachel León	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: FOR-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/02/2021	Actualización: 23-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA**
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 11 de diciembre CIUDAD:

Yo Esneibel León Menchán, mayor de edad, identificado con C.C. 23263346, actuando en nombre propio o como representante legal de Yefry Manuel León Mendoza identificado en la C.C 1.09H.939.263

DECLARO

Que he sido informado hoy Lunes 17-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos.

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Jennifer León 2.735.7748

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISNCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FMG1	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/202	Actualización: 20-9-2023

SERVICIO: Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Yofer Manuel Lobo M | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1094.935.263
FECHA DE ATENCION: 13 - 12 - 2024 | DX: | HORA: 9:45 a.m

EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud, llega acompañado de la cuidadora, que no tiene mucho conocimiento del menor de edad. Se observa evidencia buen comportamiento, habilidad motora.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FO-GA-041	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/08/2022	Actualización: 01/09/2023

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Victor Manuel [illegible] TIPO ID: TI NUMERO: 1094935263
FECHA DE ATENCION: 13/12/24 DX: HORA: 10:15
EVOLUCION 1:
Por lugar en adecuadas condiciones de salud, hijo único, familia monoparental. Asiste a sesión con cuidador quien refiere que [illegible] de [illegible] por lo cual es cuidado [illegible] familiar [illegible] y el cumplimiento. No hay [illegible] de familia. (Venezolano, Nacionalidad)

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE [signature]

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTIÓN DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION S

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION S:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION S

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplan con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 12 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora 11:00 Am

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Aydrey Felipe Hernandez Gomez

Documento de Identidad Nº: 1099216431

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 12-12-2024

Hora: 11:00 Am

Leidt Tatiana Gomez
Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C 1099207371

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o TP
C.C. 1053346940

Testigo
C.C.

Paola Daniela Ayllon
Cel: 324 223 50 43
PSICOLOGO
T.P. 248591

NO CONSENTIMIENTO
Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01 | Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023	

SERVICIO: Terapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andrey Felipe Hernandez G.		TIPO ID: R.C.	NUMERO: 1004216421
FECHA DE ATENCION: 16-12-2024	DX:	HORA: 11:00 Am	
EVOLUCION 1:			
Paciente masculino 8 años de edad, en buen estado de salud, se aplica test Lenguaje Receptivo en segun instrucciones y secuencias se evidencia patrones bajo tolerancia a la frustracion y especificidad, ademas de Patrones de impulsividad y pasividad, finaliza sesion sin complicaciones			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	Leidy Tatiana Gomez

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO: -
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: FOR-GM-05	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 21/09/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

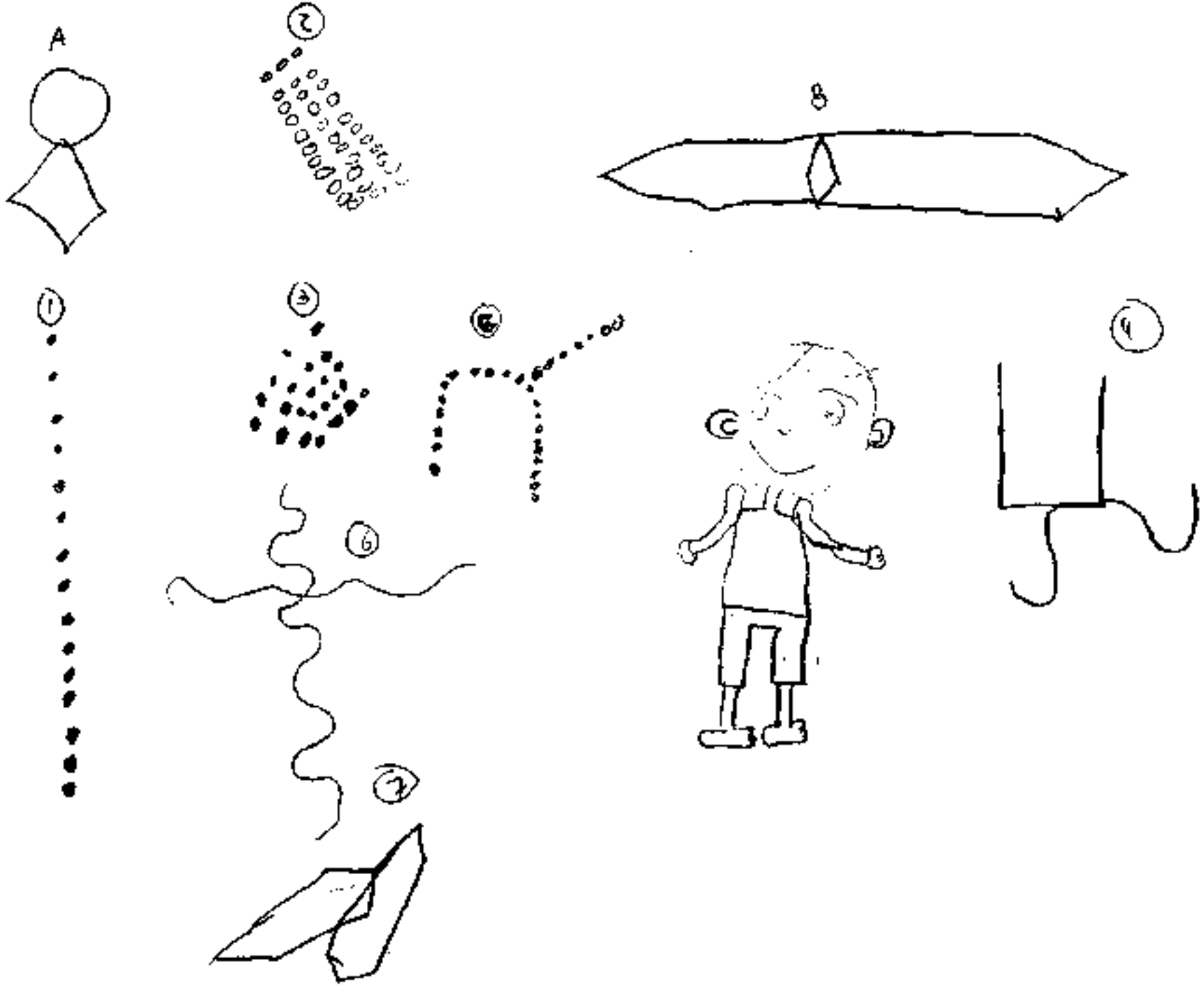
FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

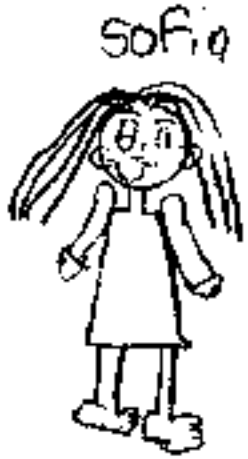


Andrew Falvo thought Cloud


Felipe


Juan


Samuel


Sofia


Nefer


Tatiana


Chepe

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S A S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: [illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 0 ABR/20[illegible]	Aplicación: [illegible]

SERVICIO: T. lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Andrey felipe Hernandez TIPO ID: T.I NUMERO: 1099216421
FECHA DE ATENCION: 12 - 12 - 24 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
El menor ejecuto las tareas de atención y localización, sin embargo no sostiene dialogo. se recomienda modular aspectos comunicativos con el menor

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE [signature] Leidy Tatiana Gomez

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:

Yo Leidy Tatiana Gomez, mayor de edad, identificado con C.C. 1094 267 371, actuando en nombre propio o como representante legal de Andrey Felipe Hernandez Gomez identificado en la C.C 1.094.216.421

DECLARO

Que he sido informado hoy 12 - Diciembre- 24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerinne Juliana Flórez Gamboa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAY

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ✓ Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Leidy Tatiana Gomez
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099207371

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1094277908

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andrey Felipe Hernandez		**TIPO ID:** T.I	**NUMERO:** 1094316421
FECHA DE ATENCION: 12-12-24	**DX:**	**HORA:** 10:30am	
EVOLUCION 1: Usuario ingresa en buenas condiciones. Se realiza Valoración donde se evidencia alteración en el control postural, en la resolución de problemas acorde a su edad, procesamiento lento requiere tiempo para la toma de decisiones, baja inhibición. La intervención se direccionará a trabajar habilidades ejecutivas y procesamiento sensorial. Se finaliza la sesión. no se presenta evento adverso.			
FIRMA DEL PROFESIONAL:		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Leidy Tatiana Gomez	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL:		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

[illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 21-09-2021

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

COMISARIA DE FAMILIA

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Andrey Felipe Hernandez | TIPO ID: TI | NUMERO: 1093716427
FECHA DE ATENCION: 12/12/24 | DX: Hipoacusia | HORA: 10:55 a.m.
EVOLUCION 1:
Andrey 8 años, 3er grado. Ingresa en buenas condiciones de salud. Familia manifiesta, Padre fallecio. Andrey es el hijo menor de 5 hermanos. Al tiempo clinico Valora por parte de terapia neural auditiva en conducción. Estilo parental de resultados en su condición de ser el menor. Comportamiento desafiante con cambio humanos. Ausencia de estilos parentales donde predomina la permisividad. Rutina de cuarto

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Leidy Tatiana Gomez

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-[illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Maria Laura Cancelado G., mayor de edad, identificado con C.C. 20.710.345, actuando en nombre propio o como representante legal de Thomas Alexander Moreno Cancelado identificado en la C.C.1972665459

DECLARO

Que he sido informado hoy 12-dic-2024 por la Terapeuta: Carrera Kelly sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: No registra

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ✓ Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053823188

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia de			
NOMBRE DEL PACIENTE: Thomas Alexander Moreno		**TIPO ID:** TI	**NUMERO:** 1092.565.459
FECHA DE ATENCION: 17 - dic - 2024	**DX:**	**HORA:** 8:56 a.m.	
EVOLUCION 1: Area lenguaje + todo escolar muy bien, problemas familiares con la madre, y padre.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: FOR-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Nicolas Hernandez TIPO ID: T.I NUMERO: 1091999795
FECHA DE ATENCION: 12-Dic-2024 DX: Dysgraphia HORA: 9:13 am
EVOLUCION 6: Contesta preguntas leidas con texto, academicamente bien se observa Terapia del lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL — FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Leidy Tatiana Gomez

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL — FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL — FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL — FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

COMISARIA FAMILIA

INSTECNICO PUENTE NAL.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: Consulta			
NOMBRE DEL PACIENTE: Thomas Alexander Moreno C.	TIPO ID: TI	NUMERO: 1097665459	
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	DX: [illegible]	HORA: 08:20 a.m.	
EVOLUCION 1: Paciente ingresa en buenas condiciones de salud, menor de 14 años. Actualmente vive con la mamá y la abuela. Padre ausente. Signos de violencia intrafamiliar por parte de la mamá, quien en constantes de pelea, no tienen contacto con la mamá, relación disfuncional conflictiva, episodios intrapersonales bruscos. Se prescriben terapias a la abuela para que sea instruida.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Thomas Alexander Moreno Concepción FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

[illegible]	Versión:	Fecha Aprobación: 01/05/2017	Actualización: 22-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" CUSICAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FM-GC	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 01/05/2021

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: Tomas Alexander Moreno C TIPO ID: TI NUMERO: 1072665459
FECHA DE ATENCION: 11-17-2024 DX: HORA: 9:30 am
EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Presenta dificultades a nivel escolar, lecto-escritura

FIRMA DEL PROFESIONAL | Tomas Alexander Moreno C
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 12 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora 8-30 Am

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Thomas Alexander Moreno Cancelado

Documento de Identidad Nº: 1072695459

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 12-12-2024

Hora: 8-30

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 2079709-45

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053346948

Testigo

C.C.

Dr. Daniel Ramírez
Cel: 324 223 50 43
PSICOLOGO
T.P. 248861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAPSAS
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
...o Rad. P. NATI	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/03/2021 | Actualización: 21-09-2023

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: [illegible] TIPO ID: TI NUMERO: 1126654454

FECHA DE ATENCION: 6-12-2024 DX: HORA: 08:30

EVOLUCION 1:

Paciente masculino de 14 años en buen estado de salud se aplica test proyectivo Arbol de casa. Paciente proyecta buen autoestima, buena relación social y actividad laboral. Se evidencia inestabilidad emocional y depresión del día Cuestionario Area sexual, depresión emocional aplica test familia dinámica psicológica sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

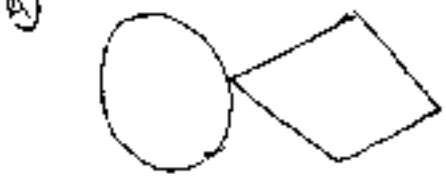
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 4.

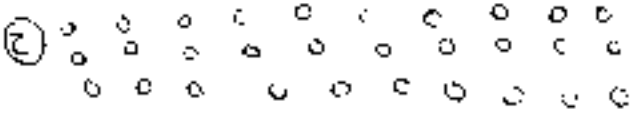
FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



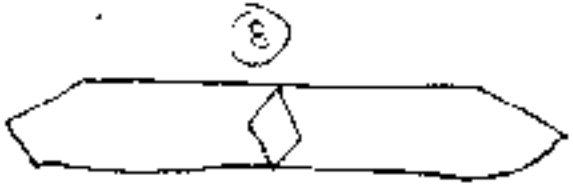








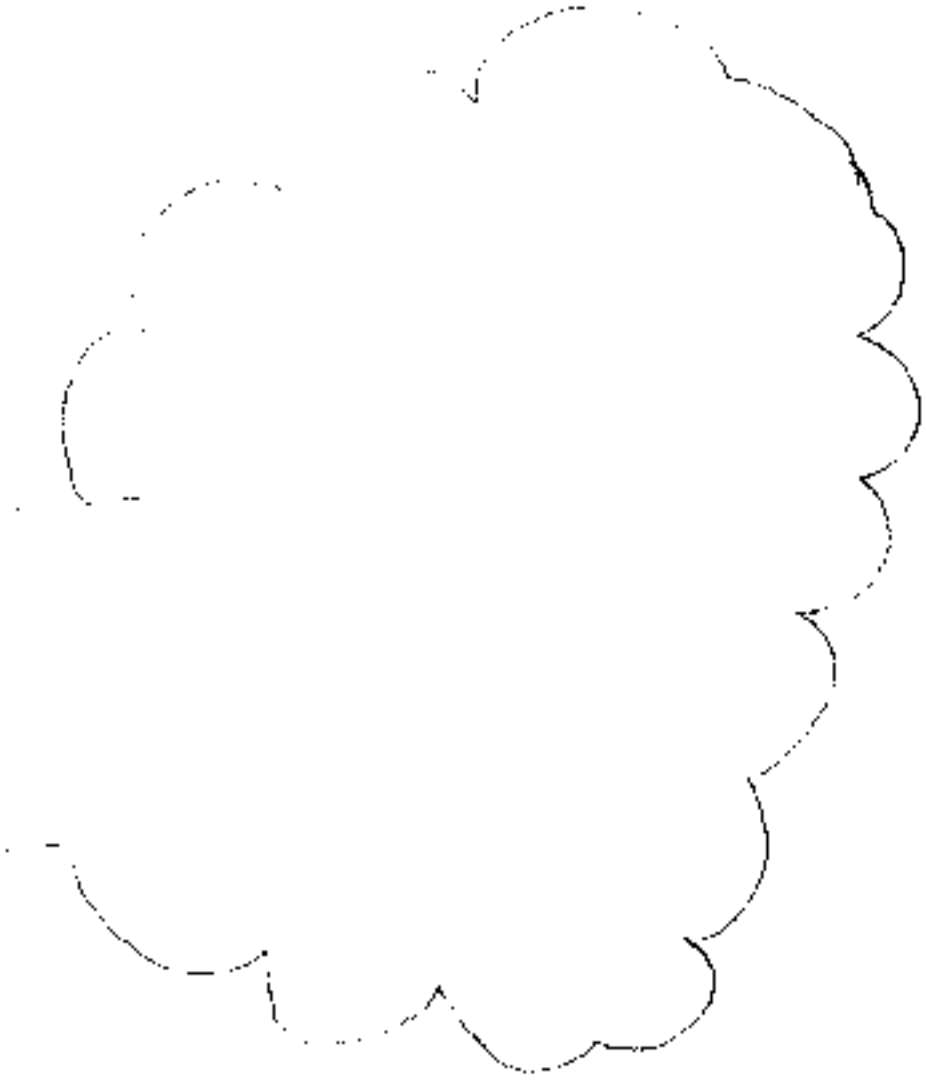








Thomas Alexander Moreno



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les pueda ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicos y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento pueda tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, pueda ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 18 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 11-20 AM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Richard Alejandro Quiroga G.

Documento de Identidad Nº: 1099219722

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 18-12-2024

Hora: 11-20 Am

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1005310685

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053316948

Testigo

C.C.

Pedro David [illegible]
Cel: 324 223 60 43
PSICOLOGO
T.P. 249861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: FMED	Version: 1	Fecha Aprobacion: 31/05/22	Actualizacion: 22/09/2023

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Richard Alejandro Gonzalez TIPO ID: TI NUMERO: 1092284122
FECHA DE ATENCION: 12-12-2024 DX: HORA: 11:20 AM
EVOLUCION 1: Paciente masculino de 3 años de edad en buen estado de salud. Paciente con posible trastorno generalizado del desarrollo no especifico. Poco contacto visual, no sigue instrucciones, conductas estereotipadas, poca tolerancia a la frustración, finaliza sesión sin complicaciones. se valora terapia ABA.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

VISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 18/12/24 CIUDAD.

Yo Hanyi Guevara Montañez, mayor de edad, identificado con C.C. 1005340885, actuando en nombre propio o como representante legal de Richar alejandro Quiroga Lozano identificado en la C.C. 1005340885 1004921972.

DECLARO

Que he sido informado hoy Miercoles 18/12/24 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- [x] Acepto de Conformidad
- [ ] NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1005340885

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-44-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Robinr Alejandro Quiroga		TIPO ID:	NUMERO: 1098 211 322
FECHA DE ATENCION: 19-12-2024	DX:	HORA: 10:00 am	
EVOLUCION 1: Ingreso paciente en buen estado de Salud. Se identifica dificultad en su aprendizaje, no realiza actividades de motricidad fina y gruesa recibe indicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: F-GAC-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 27-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: 18/12/24 CIUDAD:

Yo Nayi Lucero Montanez, mayor de edad, identificado con C.C. 1005340685, actuando en nombre propio o como representante legal de Richard Alejandro Quiroga Guerrero identificado en la C.C 1004219322

DECLARO

Que he sido informado hoy 18-dic 2024 por la Terapeuta: Diana Michel Rojas Rojas sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Fonoaudiología y Terapia de lenguaje

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ✓ Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Maria Cubillo

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1005448855

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053.334.158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FM-01	Version:	Fecha Aprobacion: 01/06/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Richard Alejandro Ortega G. TIPO ID: T.I. NUMERO: 1091691327
FECHA DE ATENCION: 18-dic-2024 DX: HORA: 11:00am
EVOLUCION 1: Paciente de 3 años, en lenguaje solo dice teteo, papa, agua, mama y papa dificultad, con la T, dificultad de aprendizaje, espasmo, con baños de pañales, empieza con terapia fonoaudiologia y el lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL: Carmen Richard | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX: HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Pediatría
NOMBRE DEL PACIENTE: Richard Alejandro Quiroga TIPO ID: RC NUMERO: 1077219722
FECHA DE ATENCION: 18/12/24 DX: Autismo HORA: 10:35 a.m.
EVOLUCION 5:
Paciente 3 años, ingresa a salón en adecuadas condiciones de salud, familiar manifiesta comportamiento poco asertivo durante el encuentro, no se han presentado rutinas, madre refiere inconveniente presentado durante el embarazo. Se brinda valoración encontrando a la madre, al igual fotos de cuerpo para que sean incorporado.

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: HAOS	Versión: 2	Fecha Aprobación: 01/06/2017	Actualización: 25/09/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que están dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijados por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 17 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 10:30 AM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Andres David Niño Vargas

Documento de Identidad Nº: 1057515983

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 17-12-2024

Hora: 10:30 Pm

Andres Vargas

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1057515983

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053746908

Testigo

C.C.

Pedro Daniel Cifuentes
Cel: 321 223 50 33
PSICOLOGO
T.P. 238861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento.

OBSERVACIONES:

Andrés David Niño Vargas 13

1

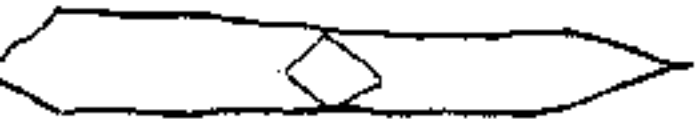




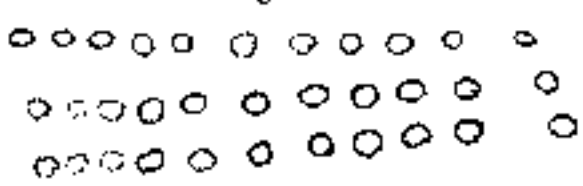
A



B



2



5



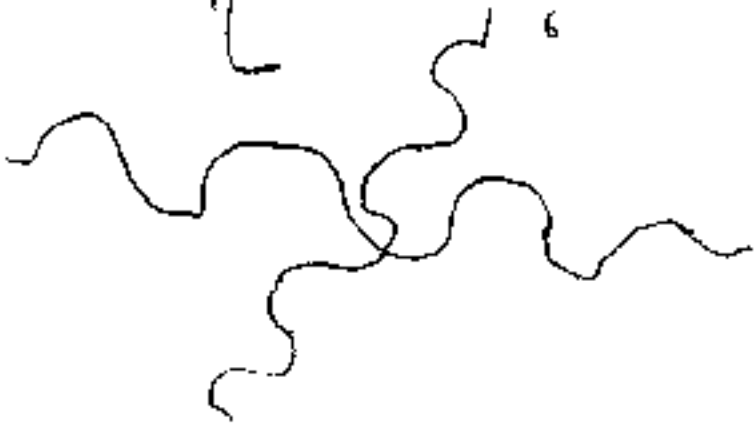
4

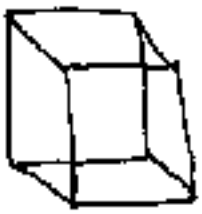


7

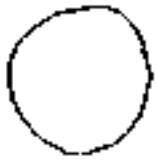


6











"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: HAD-01	Versión:	Fecha Aprobación: 01/05/202	Actualización: 2/12/2020

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres David Niño V. TIPO ID: T.I NUMERO: 1034515988
FECHA DE ATENCION: 13-12-2021 DX: HORA: 10:30 Am
EVOLUCION 1: Paciente masculino de 13 años de edad, en buen estado de Salud, Despierto y Colabora Criterios para Trastorno especifico del Aprendizaje DSM IV Criterios, lecto-escritura con un grado de Dislexia A1 A2 y A3, A4 Evaluar Sesión Sin complicaciones se aplico test Bender.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos o aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación

- ● Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1057[illegible]5989

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1[illegible]3.338.558

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Yenny Fernanda Vargas Sierra, mayor de edad, identificado con C.C. 1057575933 actuando en nombre propio o como representante legal de Andres David Niño Vargas identificado en la C.C. 1057575988

DECLARO

Que he sido informado hoy, 17 dic 2024 por la Terapeuta Erika Vanessa Rojas sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-HI-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Lenguaje			
NOMBRE DEL PACIENTE: Andres David Nieto Vargas		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1057375968
FECHA DE ATENCION: 7-dic-2024	DX: F80.81	HORA: 10:01 a.m	
EVOLUCION 1: Paciente de 3 años, fonoaudiología se recomienda, fue Operado de cornetes y adenoides, se tensiona el helix, voz nasal y baja fonoaudiología y terapia de lenguaje			
FIRMA DEL PROFESIONAL: Yanne Pineda		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Yanny Vargas	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

[illegible] F.M.01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 30-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA.
EVOLUCION 7.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Evaluación de Foncaudiologia

Nombre del Paciente: Ander David Niño Vargas

Edad. 13 años.

Género. Masculino.

Condición de Discapacidad Diagnostica: Fonoaudiología.

Fecha: 12 dic - 2024.

Antecedentes Médicos y Desarrollo

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido alguna complicación durante el nacimiento?			X
2. ¿Ha habido alguna hospitalización o cirugía significativa? amigdalitis y cirugía		X	
3. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño? (gateo, caminar, etc.)	X		
4. ¿Cuándo comenzó a balbucear y decir sus primeras palabras? al año	X		
5 ¿Hay antecedentes familiares de problemas de comunicación o audición? si hermano		X	X

Evaluación Auditiva

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada

1. ¿El niño ha tenido infecciones de oído frecuentes?		X	
2. ¿Reacciona a sonidos fuertes o inesperados?			X
3. ¿Parece no escuchar bien en ambientes ruidosos?		X	
4. ¿Se queja de dolor o molestias en los oídos?			X

Evaluación de la Articulación y Fonología

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Tiene dificultad para pronunciar ciertos sonidos?			X
2 ¿Sustituye, omite o distorsiona sonidos? (por ejemplo, dice "tasa" en lugar de "casa")			X
3. ¿Otros entienden su habla la mayor parte del tiempo?	X		

Evaluación del Lenguaje y la Comunicación

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿El niño responde a su nombre y a órdenes simples?	X		
2. ¿Utiliza gestos para comunicarse (apuntar, asentir, etc.)?			X
3. ¿Cuántas palabras puede decir aproximadamente? muchas palabras			
4. ¿Forma frases o sólo palabras sueltas? frases			
5. ¿Cómo reacciona cuando no se le entiende (frustración, repetición, etc.)?			X
6. ¿Entiende y sigue instrucciones de dos pasos (por ejemplo, "ve a la cocina y trae una taza")?	X		
7. ¿Usa pronombres correctamente (yo, tú, él, ella, etc.)?	X		

Evaluación de la Articulación y Fonología

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿La voz del niño suena ronca, nasal o tensa?	X		
2. ¿Habla con pausas o repeticiones excesivas?	X		
3 ¿Muestra signos de tensión al hablar?	X		

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 17-12-2024 CIUDAD:

Yo Jenny Fernanda Vargas Saenz, mayor de edad, identificado con C.C. 1.052.575.983, actuando en nombre propio o como representante legal de Heiner Sc Andres David Nico V. identificado en la C.C. 1052575989

DECLARO

Que he sido informado hoy Martes 17-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéutiras y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1.053 315.983.

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

Trinidad Camacho

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FO-GC-01	Versión:	Fecha Aprobación: 01/03/2022	Actualización: 21-02-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Andres David Niño V. TIPO ID: T.I NUMERO: 1.057.515.988

FECHA DE ATENCION: 21-12-2024 DX: HORA: 11:40 am

EVOLUCION 1:

Ingresa paciente en buen estado de salud. Presenta dificultades escolares desde hace dos años (lecto-escritura). Problemas para mantener su atención y dificultad en actividades de motricidad fina.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Jenny Vargas
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUINALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: DX HORA.
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7.

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 3

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

Cite

QUILALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: André David Niño Vargas TIPO ID: T.I NUMERO: 1079515988
FECHA DE ATENCION: 17/12/24 DX: HORA 11:20 am
EVOLUCION 5

André David asiste en adecuadas condiciones de salud, ingresa a grado 6° André es el hijo mayor de 3 hermanos. Familia Compuesta, Nuclear-Central, Estilos de crianza de autoridad, según relato de la madre establecimiento de límites. Hace aprox 3 días denuncia en Comisaría Fija por Contacto con menor de edad. se brindan Pautas de Crianza

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGÍA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera debe ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y como todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 20 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 11:20 AM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Sheira Gonzalez Duarte

Documento de Identidad Nº: 1057713326

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 20-12-2024

Hora: 11:20am

Valentina Duarte

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1101753946

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M Nº o TP

C.C. 1093506948

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Silvana González J. | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1187433426
FECHA DE ATENCION: 20-12-2024 | DX: | HORA: 1:30 Pm
EVOLUCION 1: Paciente femenina 18 años de edad, en buen estado de salud con Cefalea DSM II para trastorno especifico en el aprendizaje - expresión escrita omisión de letras dislexia leve, Discalculia. se aplica test bender. finaliza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | Valentina Duarte FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO.
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

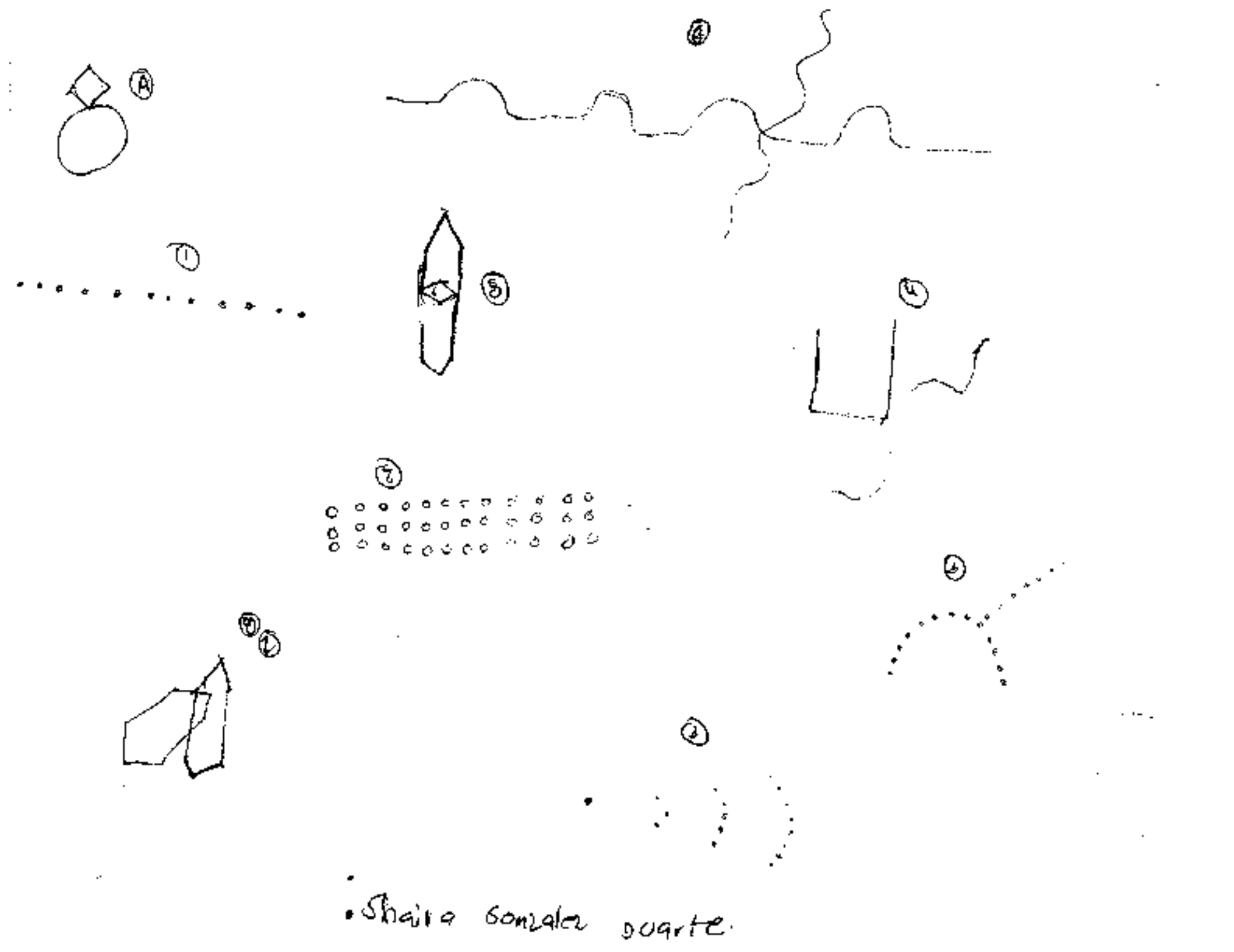
FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX | HORA.
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO.
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE


A
4
1
5
3
2
2
Shaila Gonzalez Duarte.

En un pequeño pueblo rodiado de montañas vivia un niño llamado Leo, adoraba leer libros de aventuras pero un dia a la hora de su libro favorito las letras comenzaron a bailar. y se escondieron entre las paginas.

CITE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FM-01	Versión:	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Fecha Actualización: 27/09/2021

SERVICIO: Fonoaudiología
NOMBRE DEL PACIENTE: Shaira Gonzalez Duarte TIPO ID: TI NUMERO: 1187213526
FECHA DE ATENCION: 2021/12/4 DX: HORA: 10:20 a.m.
EVOLUCION 1:
Shaira 11 años, cursante grado sexto, ingresa en adecuadas condiciones de salud, hermana mayor de 3 hijos, familia nuclear disfuncional, [illegible] vocabulario rebuscado, resuelven problemas mediante las amenazas y la retaliación. Comportamiento variable. Necesidad de control. Se aplican tests de riesgo bajo que lo ubican

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Shaira Gonzalez Duarte

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Juna Valentina Fonseca Duarte, mayor de edad, identificado con C.C. 1101753946 actuando en nombre propio o como representante legal de Shaira Gonzalez Duarte identificado en la C.C. 1187213526

DECLARO

Que he sido informado hoy 20-dic-2024 por la Terapeuta: Bruna Michel Cohen sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Dislexia, disgrafia.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- o Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Juna Ocante

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1101753946

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1013-359.158

	"QUITALE ES DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión: [illegible]	Fecha Aprobación: 01/05/202[illegible]	Fecha Vigencia: 30-09-2023

SERVICIO: Jerarquía
NOMBRE DEL PACIENTE: Shaira Gonzalez Ayala | TIPO ID: TI | NUMERO: 1[illegible]1334326
FECHA DE ATENCION: 20-06-2024 | DX: Distrofia distonia | HORA: 12:01 am
EVOLUCION 1: Paciente 12 años, repite grado sexto, presenta dificultad y dificultad finalización con la si, lenguaje articulación, lenguaje fonoaudiología y terapia de lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL: Erma Palacios | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Luna Valentina Fonseca

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CUIDALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 20-12-24 CIUDAD: Barbosa, Santander

Yo Lura Valentina Fontecha Duarte, mayor de edad, identificado con C.C. 1.101.358.946, actuando en nombre propio o como representante legal de Shaira Gonzalez Duarte identificado en la C.C. 1.187.205.236

DECLARO

Que he sido informado hoy 20-Diciembre-24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerinne Diana Flórez Gamboa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Trastorno del aprendizaje.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ✓ Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Valentina Duarte.
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1107153946.

Terapeuta Ocupacional
T.P. 1094277788
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1.094.277.788

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: [illegible]	Versión: 1 | Fecha aprobación: 01/05/2021 | Actualizado: [illegible]

SERVICIO: Terapia Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Shaira Gonzalez Duarte | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1.181.203.236
FECHA DE ATENCION: 20-12-24 | DX: | HORA: 10:30 am

EVOLUCION 1:
Usuaria ingresa en buenas condiciones, se realiza valoración donde se evidencia alteración en la motivación, atención, voluntad, autoeficacia, planificación y organización, autoeficacia y procesos mentales superiores. Se realiza intervención direccionada a los procesos volitivos y procesos mentales superiores.

FIRMA DEL PROFESIONAL: Terapeuta Ocupacional C.C. 1090377761 Unipamplona | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Valentina Duarte.

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento pueda ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que están dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo, reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 09 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 11-30

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Samuel David Arias Quiroga

Documento de Identidad Nº: C.C. 1099268468

Nº de Historia Clínica: _____

Fecha de Diligenciamiento: 09-12-2024

Hora: _____

Manuela Quiroga Herrero

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1099161961

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1033346948

Testigo

C.C.

Paula Daniela Cifuentes
Cel: 314 223 90 43
PSICOLOGO
T.P. 248951

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-AA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicologia

NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel David Ariza | TIPO ID: R.C | NUMERO: 1099218468

FECHA DE ATENCION: 06-12-2024 | DX: | HORA: 11:30

EVOLUCION 9:

Paciente masculino 6a años de edad. Paciente con Criterio Dx F. Leve posible Autismo grado 1. No logra generalización de habilidad de instrucciones, conductas desadaptadas. Finaliza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | Yoseth Gonzalez T.
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO: Psicologia

NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel David Ariza | TIPO ID: R.C | NUMERO: 1099218468

FECHA DE ATENCION: 7-12-2024 | DX: | HORA: 9:00

EVOLUCION 10:

Paciente en buen estado de salud, se realiza Terapia psicologia mediante Terapia ABA reforzando conductas adaptables y fortaleciendo Contacto Visual. finaliza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | Laura Ariza
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 12-12-24 CIUDAD: Barbosa Santander

Yo Laura Camila Ariza Quiroga, mayor de edad, identificado con C.C. 1101756463 actuando en nombre propio o como representante legal de Samuel David Ariza Quiroga identificado en la C.C. 1099 218 308

DECLARO

Que he sido informado hoy 12 - Diciembre - 2024 por la Terapeuta Ocupacional: Katerinne Juliana Flórez sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: impresión diagnostica Autismo.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros.

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria Facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

Nit 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- [x] Acepto de Conformidad
- [ ] NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Laura Arteaga

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1102356463

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1.094.277.708

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel David Ayala Quiroga		TIPO ID: RC	NUMERO: 1089 28 368
FECHA DE ATENCION: 12-12-24	DX: F840	HORA: 8:00 am	
EVOLUCION 1: Ingresa usuario en buenas condiciones se realiza valoración donde se identifica inquietud motora, distracción en la conducta, no sigue instrucciones, no permanece en silla y tiene baja tolerancia a la actividad. De esta manera se establece intervención basada en la percepción sensorial, procesamiento e integración a nivel propioceptivo y táctil. Se finaliza la sesión, NO se presento evento adverso.			
FIRMA DEL PROFESIONAL:		Laura Camila Ayala Quiroga FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: [illegible]	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 21/05/2021 | Actualización: 30-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISCAPS.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión: [illegible]	Fecha Aprobación: 01-06-20[illegible]	Página: [illegible]

SERVICIO: Terapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel David Arizo Quiroga TIPO ID: R.C NUMERO: 1099218362
FECHA DE ATENCION: 12-12-24 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
Dificultad de Aprendizaje, atraso, dislexia. Terapia de lenguaje
Dificultad en la expresión y articulación

FIRMA DEL PROFESIONAL Gina Rodón | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Maneth Quiroga Herrano

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 30-09-2022

SERVICIO: Fisioterapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel David Lito O | TIPO ID: TI | NUMERO: 1099218768

FECHA DE ATENCION: 09-12-2024 | DX: | HORA: 11:50 am

EVOLUCION 9:

Ingresa paciente en buen estado de salud. Alteración a nivel escolar y de su conducta. Presenta baja tolerancia a la frustración y compulsividad desafiantes, lo cual limita su desempeño en las áreas familiares, escolares y sociales. No se permite recibir indicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: 05 Diciembre 2024 CIUDAD: Bolosa

Yo Diana Camilas Pinto, mayor de edad, identificado con C.C. 52027G, actuando en nombre propio o como representante legal de Estefania Camilo Camilas identificado en la C.C 36164 10

DECLARO

Que he sido informado hoy 05 Diciembre 2024 por la Terapeuta: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vertigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 56702746
Diana Villegas

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

Evaluación de Foncaudiología

Nombre del Paciente: Estefania Alexandra Castillo

Edad: 11 años.

Género: Femenino

Condición de Discapacidad Diagnostica:

Fecha: 05/12/2024

Antecedentes Médicos y Desarrollo

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido alguna complicación durante el nacimiento?			X
2. ¿Ha habido alguna hospitalización o cirugía significativa?			X
3. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño? (gateo, caminar, etc.) normal, a los 10 meses comenzo a caminar	X		
4. ¿Cuándo comenzó a balbucear y decir sus primeras palabras? entre los 1 - 2 años.	X		
5. ¿Hay antecedentes familiares de problemas de comunicación o audición?			X

Dispersa en la hora de prestar atención.

Evaluación Auditiva

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿El niño ha tenido infecciones de oído frecuentes?			X
2. ¿Reacciona a sonidos fuertes o inesperados?			X
3. ¿Parece no escuchar bien en ambientes ruidosos?		X	
4. ¿Se queja de dolor o molestias en los oídos?			X

Evaluación Orofacial y de Alimentación

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido problemas para succionar o masticar alimentos?			X
2. ¿Muestra dificultad para controlar la saliva?			X
3. ¿Presenta movimientos inusuales de la mandíbula, labios o lengua?			X

Sigue ordenes simples, no sigue ordenes de dos pasos, no tiene buena comprensión, no tiene buena expresión, en ocasiones utiliza gestos para comunicarse, tiene dificultad para pronunciar ciertas consonantes, utiliza frases completas, utiliza repetición excesiva, se entiende el habla la mayor parte del tiempo

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 05 Diciembre 2024 CIUDAD: Barbosa

Yo ....., mayor de edad, identificado con C.C. Diana Valdes, actuando en nombre propio o como representante legal de Estefania Carrillo identificado en la C.C. 36164140

DECLARO

Que he sido informado hoy 5 Diciembre 2024 por la Terapeuta Ocupacional: ....., sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADD DE TERAPIA OCUPACIDNAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

Diana Ortales
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 567 0226

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Estefania Alexandra C.		TIPO ID: PPT	NUMERO: 3616970
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 8:30 am	
EVOLUCION 1: Ingreso paciente en buen estado de salud. Presenta alteraciones a nivel escolar, problemas para mantener su atencion, entiende indicaciones simples y complejas, pero en ocasiones no las termina.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	Diana Sutches
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: F-M-GI	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualización: 20-08-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión: [illegible]	Fecha Aprobación: 01/03/20[illegible]	Actualización: 01/03/2[illegible]

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Estefanía Carrillo TIPO ID: PPT NUMERO: 36540

FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 DX: HORA: 8:30 Am

EVOLUCION 1:

Paciente en buen estado general de salud. Se realiza Valoración, presenta dificultad atencional atención focalizada, resistencia a la monotonía. Finaliza Sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISCAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMG	Version	Fecha Aprobación: DIA/MES/AÑO	Fecha ultima revisión: 01-07-2023

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Estefania Alexandra C TIPO ID: PPT NUMERO: 3616910
FECHA DE ATENCION: 05-6-2024 DX: HORA: 8:40 Am
EVOLUCION 1:
Paciente ingresa en buen estado de Salud, se evalua funcionalidad gruesa, marcha y Alteraciones en la misma finaliza la Sesion sin complejidad

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad

- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

ROCIO AGUILAR MATEUS

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo ROCIO AGUILAR MATEUS, mayor de edad, identificado con C.C. ..... actuando en nombre propio o como representante legal de AILIN CAMILA BENITEZ AGUILAR identificado en la C.C. 1099209610

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: Fonoaudiología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Dilyn Camila Benitez		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1094206900
FECHA DE ATENCION: 05 diciembre 2024	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1:			
La paciente en ocasiones articula a sonidos fuertes, sigue ordenes simples y de dos pasos, no omite letras, dice palabras cortas y frases cortas, tiene buena articulación y expresión, para su edad es muy comunicativa y tiene buena fluidez			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCIÓN 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTIÓN DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-AV-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2020	Actualización:27-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

Evaluación Auditiva

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿El niño ha tenido infecciones de oído frecuentes?			X
2. ¿Reacciona a sonidos fuertes o inesperados?		X	
3. ¿Parece no escuchar bien en ambientes ruidosos?			X
4. ¿Se queja de dolor o molestias en los oídos?			X

Evaluación Orofacial y de Alimentación

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido problemas para succionar o masticar alimentos?			X
2. ¿Muestra dificultad para controlar la saliva?			X
3. ¿Presenta movimientos inusuales de la mandíbula, labios o lengua?			X

Sigue ordenes simples y de dos pasos, sabe tener un poco de la noción al espacio, no tiene dificultad para pronunciar sonidos o palabras, tiene muy buena respuesta y expresión, tiene muy buena fuerza, tiene coherencia al hablar

Evaluación de Fonoaudiología

Nombre del Paciente: Ailen Camila [illegible]

Edad: 17 años

Género femenino

Condición de Discapacidad Diagnostica:

Fecha: 05/ 12 / 2024

Antecedentes Médicos y Desarrollo

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido alguna complicación durante el nacimiento?			X
2. ¿Ha habido alguna hospitalización o cirugía significativa?			X
3. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño? (gateo, caminar, etc.)		X	
4. ¿Cuándo comenzó a balbucear y decir sus primeras palabras? [illegible]	X		
5. ¿Hay antecedentes familiares de problemas de comunicación o audición?			X

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 05/12/2024 CIUDAD: BARBOSA SANTANDER

Yo ROCIO AGUILAR HAYES, mayor de edad, identificado con C.C. ..... actuando en nombre propio o como representante legal de AILIN CAMILA BENITEZ AGUILAR identificado en la C.C. 1071209902

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: AILIN CAMILA BENITEZ AGUILAR

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

POLO AGUILAR MATEUS

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H.M.01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Allyn Camila Benitez A		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.099.206.900
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 11:20 am	
EVOLUCION 1: Ingresa paciente en buen estado de salud. 17 años grado 10°, manifiesta que por vivir en una familia de bajos recursos, debe ayudar en alguna necesidad del hogar, por este motivo vive desanimada y en ocasiones su nivel académico no es favorable.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: ALLYN CAMILA BENITEZ AGUILAR	
SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Allyn Camila Benitez A		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.099.206.900
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024	DX:	HORA: 11:15 am	
EVOLUCION 2: Ingresa paciente en buen estado de salud. Se realiza actividad reforzando su aprendizaje en el area de matematica, atiende a cada actividad. Finaliza sesion sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: F-MA-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/09/2023	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCIÓN 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCIÓN 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCIÓN: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

DIS CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MÉDICAS	
Código: II M 01	Versión: 1 / Fecha Aprobación: 01/05/2021 / Actualización: 28-09-2023

SERVICIO: Psicoterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Ailyn Camila Benitez A		TIPO ID: TI	NUMERO: 1049206900
FECHA DE ATENCION: 05/12/24	DX: Trast. Ansiedad	HORA: 11:23 a.m.	

EVOLUCION 9: Paciente ordena, Ailyn es la hija mayor de dos hijos del matrimonio de sus padres. Cumple la sesión de pareja evidencia signos de ansiedad en Ailyn pues se corre los uñas. Durante ella cuenta todo sus relaciones familiares son disfuncionales a pesar que han ido mejorando. En el año 2021 tuvo ideación suicida. Se aborda proyecto de vida.

FIRMA DEL PROFESIONAL | AILYN CAMILA BENITEZ AGUILAR FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Ailyn Camila Benitez A		TIPO ID: TI	NUMERO: 1049206900
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	DX: Trast. Ansiedad	HORA: 11:30 a.m.	

EVOLUCION 10: Ailyn asiste en buenas condiciones de salud. El día de hoy se hace enfasis sobre formas las habilidades adaptativas y estrategias para enfrentar diversos emocionales y sociales, incluyendo abordaje en auto-estima en Ailyn

FIRMA DEL PROFESIONAL | AILYN CAMILA BENITEZ AGUILAR FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGÍA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de auto-conocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarte a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les pueda ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajuste a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C Día: 05 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 10:40

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Aitana Camila Benitez Aguilera

Documento de Identidad Nº: 1099270124

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 05-Diciembre-2024

Hora: 10:40

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1033340948 Pedro Daniel Gallardo

Cel: 324 223 90 43

PSICOLOGO

T.P. 248851

1099270124

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Alma Camila Benitez		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1093206900
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 10:10	

EVOLUCION 1:

Paciente en buen estado general de salud, Paciente femenino de 17 años asiste a sesión instauradas y acuerdo a ello Con antecedentes de TDAH. Alteración dispraxia habilidades Fonéticas con Dislexia leve se aplica test breve. Finaliza sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: ALMA CAMILA BENITEZ AGUILAR

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Alma Camila Benitez		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1093206900
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024	DX:	HORA: 09:14 Am	

EVOLUCIÓN 2:

Paciente en buen estado general de salud se realiza terapia psicológica, se realiza ejercicios de coordinación visomotriz Jacobson para Alivio tensiones Arcinosas. Finaliza sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: ALMA CAMILA BENITEZ AGUILAR.

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL: | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

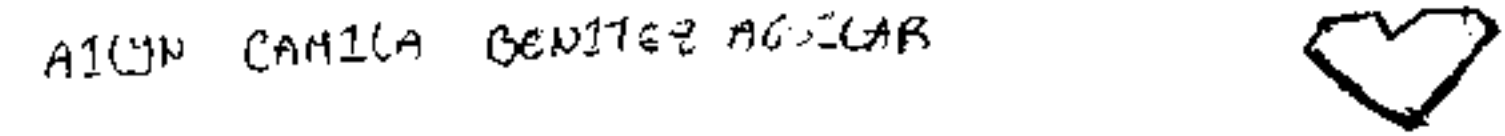
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: F-MeQI	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-07-2023

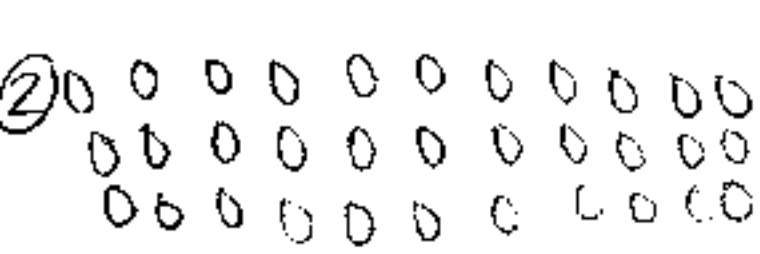
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

AIYN CAMILA BENITEZ AGUILAR

















CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá. D.C. Día: 05 Mes: 12 Año: 2024 Hora: 04:30

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Hoa Silva Rodriguez Martinez

Documento de Identidad Nº: 1015618194 V

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 05-12-2024

Hora:

Mariela Martinez Garcia
Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 70992084 F9

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. nº o TP
C.C. 1053336948

Pedro David Martinez
Cel: 324 233 50 43
PSICOLOGO
T.P. 246981

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajuste a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, esté en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que lo manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Hair Steven Rodriguez | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1050618194
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 | DX: 1 | HORA: 4-50
EVOLUCION 9:

Paciente Masculino en buen estado de salud, Paciente lo niega Consumo de Sustancias Psicoactivas. Atencion dispensa dificultad, de atencion sostenida y dividida, Presenta cansancio y expectativa buena Asociacion y Seguimiento de instrucciones. Se aplica test bender. Finaliza Sesion sin Complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | Marcela Martinez Garcia FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Hair Steven Rodriguez | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1050618194
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024 | DX: 1 | HORA: 4-20
EVOLUCION 10:

Paciente en buen estado general de salud se realiza terapia autopercepción Psicoeducativa Sistemica desde un enfoque personal evaluativo de ella. finaliza sesion sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | Marcela Martinez Garcia FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO. Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Hair Steven Rodriguez | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1050618194
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 | DX: 1 | HORA: 09-40
EVOLUCION 11:

Paciente en buen estado general de Salud, Se realiza terapia psicológica, Se aplica test de Wartegal de Karp y test de Familia Corman no se evidencia colorias finaliza Sesion Sin Complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | Marcela Martinez Garcia FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Translate the shapes you see!

1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

FECHA DEL EVENTO:

TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA

DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/05/2021	Actualizacion 20-09-2023

SERVICIO: Pediatria			
NOMBRE DEL PACIENTE: Jow Steven Rodriguez M.		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1050618194
FECHA DE ATENCION: 05/12/24	DX: Hipotiroidismo	HORA: 3:50 p.m	
EVOLUCION 9: El menor presenta familia monoparental, según refiere la madre el padre del menor es ausente, hiporexigeno, el niño es muy independiente pide la conducción sin presento. Adecuadas relaciones Intramaternales y con hermanos, sus relaciones interpersonales han sido mejorando, se adapta bien al grupo lo acepta.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Maricela Martinez Garcia	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 5-12-2024 CIUDAD: Barbosa

Yo [illegible], mayor de edad, identificado con C.C. [illegible], actuando en nombre propio o como representante legal de Hair Silva Rodriguez Medina identificado en la C.C. Tarjeta Infantil

DECLARO

Que he sido informado hoy 5-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: [illegible] sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Hair Silva Rodriguez Medina.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Marcela Hatiner Garnica

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1094283449

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-A-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Ivan Steven Rodriguez H.		TIPO ID: T.I.	NUMERO: 1050.618.194
FECHA DE ATENCION: 09-13-2024	DX:	HORA: 8:49 am	
EVOLUCION 1: Ingresa paciente en buen estado de salud. Alteraciones a nivel escolar en el proceso de lecto-escritura y razonamiento matematico. Recibe indicaciones en ordenes simples.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Marcelo Martinez Gomez, mayor de edad, identificado con C.C. 1099228943, actuando en nombre propio o como representante legal de Hal Gabriel Rodriguez Martinez identificado en la C.C.T.I 1050619794

DECLARO

Que he sido informado hoy 22 - Diciembre de 2021 por la Terapeuta: Laura Michel Pachon Pachon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Terapia fonoaudiologica.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ■ Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Marcela Hernandez Garcia
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 29972849

(Firma Profesional)
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1003 331 158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualizacion:20 07 2023

SERVICIO: lenguaje			
NOMBRE DEL PACIENTE: [illegible]		TIPO ID: TI	NUMERO: 1[illegible]
FECHA DE ATENCION: 11/12 - 2024	DX: [illegible]	HORA: 8:30 am	
EVOLUCION 1: Hidrocefalo adquirido test en la creación del cuento de boca de manera inteligible ya que no sabe como iniciar se redirecciona para el cuento se recomienda continuar el manejo terapeutico desde casa y en las diferentes implementos del hogar, pendiente Ruta de lenguaje.			
FIRMA DEL PROFESIONAL: [illegible]		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: [illegible]	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

[illegible]	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/07/2021	Actualizacion: 30-09-2022

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: Yuser Smith Arteaga Tolosa | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1.196.964.002
FECHA DE ATENCION: 11 de Julio | DX: T A 6. | HORA: 10:00am
EVOLUCION 5: Remito a esta planta para terapia ocupacional fonoaudiología (cognitiva lenguaje), - cuando escribe, implementar AAA, + terapia de lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Soporte. C.C. Día: 20 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 04:00 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Jose David Gel

Documento de Identidad Nº: 1099 811 519

Nº de Historia Clínica.

Fecha de Diligenciamiento: 20-12-2024

Hora: 04:30 PM

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
C.C. 1033 900 448

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesta que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISACAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FA-01	Versión:	Fecha Aprobación: 01/05/20	Actualización: 01/04/2020

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose David Cay | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1019211519

FECHA DE ATENCION: 20/6/2024 DX: | HORA: 4:30 PM

EVOLUCION 1:

Paciente de 12 años de edad en buenas condiciones de salud, se aplica test proyectivo, Orientado en cultura conductas disruptivas, finaliza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- [x] Acepto de Conformidad
- [ ] NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

Terapeuta Ocupacional
T.P 1094277788
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1094.277.788

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 20-12-24 CIUDAD. Barbosa, Santander

Yo Blanca Jasmin Herreño, mayor de edad, identificado con C.C. 1099206617 actuando en nombre propio o como representante legal de Jose David Ojy identificado en la C.C. 1099211519

DECLARO

Que, he sido informado, hoy 20- Diciembre - 24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerine Juliana Florez sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Alteración en el comportamiento.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: GC-FO-01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/08/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Jose David Cay | TIPO ID: TI | NUMERO: 1004 514 519
FECHA DE ATENCION: 20 - Diciembre - 24 | DX: | HORA: 4:00 pm
EVOLUCION 1: Usuario ingresa en buen estado. Se realiza valoración donde se evidencia poco expresado alteración en el comportamiento regulación emocional y desestructuración de rutinas. Dentro del plan de intervención se direcciona hacia la volición y patrones de desempeño. No se presenta evento adverso

FIRMA DEL PROFESIONAL Terapeuta Ocupacional T.P 1094277704 Cali/Santander | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Blanca Jasmith Herreño Trujillo., mayor de edad, identificado con C.C. 1.099.206.617 actuando en nombre propio o como representante legal de José David Gil Herreño identificado en la C.C. 1.099.211.519.

DECLARO

Que he sido informado hoy 20 de diciembre 2024 por la Terapeuta: Anne Michel Rocha Rocha sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Disgrafia

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiratrón
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología ....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico ....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099 206 617.

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053 339 158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: FM-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2012	Actualización: 26-09-2023

SERVICIO: Terapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Jose David Coy Hoyos TIPO ID: TI NUMERO: 1094115714
FECHA DE ATENCION: 20-Dic-2024 DX: Esguince HORA: 02:13 pm
EVOLUCION 1: Paciente de 13 años lesión aguda ? se en el momento de caerse en alguna de las tomillo, se realiza ortopedia donde se debe reposar. ? de ingreso

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUE SALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID. NUMERO
FECHA DE ATENCION DX HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX: HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CITE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: José David Cayllarec TIPO ID: TI NUMERO: 1099211519
FECHA DE ATENCION: 20/12/24 DX: HORA: 02:10 PM
EVOLUCION 5:
José David 13 años ingresa a 7mo grado. En buenas condiciones de salud, padre ausente, familia monoparental extensa, hijo único. Estilos parentales de autoridad. A pesar de ejercer control materno, en ocasiones no acata ordenes, tanto a nivel autocontrol de impulsos interrumpe en clase, dificultades

FIRMA DEL PROFESIONAL: [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
[illegible]	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01-03-202 | Actualización: 20-09-2020

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLOGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y conciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 18 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 02-30 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Daniel Sanna Gil Avila

Documento de Identidad Nº: 1089719057

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 18-12-2024

Hora: 02-30 PM

Edyt Avila

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 65760529

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C 1053340948

Testigo

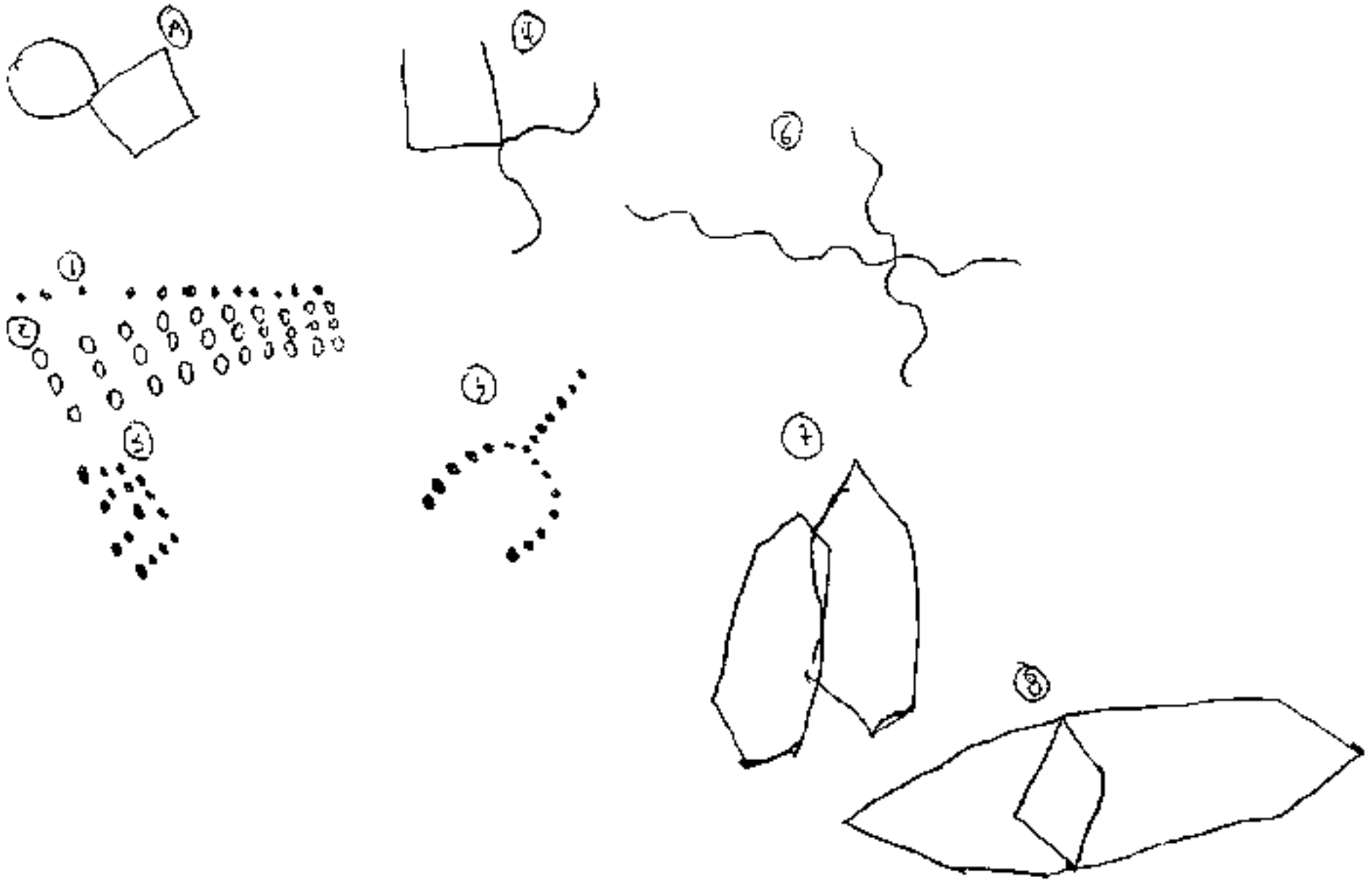
C.C.

Paola David [illegible]
Cel 324 223 4043
PSICOLOGO
T.P. 24[illegible]

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:



David Boamah 6:1 A

8 dots

Leo adoraba Leer bir de ateturas pero ui zié abri sa Horc Pabarito las legra
comensara a bailar

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISACAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: nMvOI	Versión:	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 26/09/2023

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Daniel Jaime Gil A. TIPO ID: T.I. NUMERO: 1091270571
FECHA DE ATENCION: 10-6-2024 DX: HORA: 02:30 pm
EVOLUCION 1: Paciente masculino de 8 años de edad, en buen estado de salud. Se aplica test kinder, cumple con Criterios DSM V para TDAH (A1, B, C, D, E, F, 16, 14, 17, 2A, 2B, 2C, 2D, 2E, 2H, 2J / B. Cumple con Trastorno Específico del Aprendizaje, Con dificultad en la expresión escrita (A2, A4, A5, A7, Alegria sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL

Edwin Ariza
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 5

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO
FECHA DE ATENCION DX. HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 18-Diciembre-2024 CIUDAD.

Yo Evelyn Yarony Gil Avila, mayor de edad, identificado con C.C. 1057605629 de Sogamoso., actuando en nombre propio o como representante legal de David Samir Gil Avila identificado en la C.C. 1099217057

DECLARO

Que he sido informado hoy Miercoles 18-Diciembre-2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Envejecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

☑ Acepto de Conformidad

☐ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1053605629

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-A4-01 | Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023	

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Devid Samir Gil Avila		**TIPO ID:** TI	**NUMERO:** 1099.713.053
FECHA DE ATENCION: 12-12-2024	**DX:**	**HORA:** 4:45 pm	
EVOLUCION 1: Ingresa paciente en buen estado de salud. Se presenta dificultades a nivel escolar, problemas para mantener su atencion, dificultad en su desempeño al realizar actividades de motricidad fina y de grafomotricidad.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Edy. Avila	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: fs-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20/09/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ■ Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1054605679 de Bucaramanga

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053.347.108

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Evelyn Yuranny Gil Avila, mayor de edad, identificado con C.C. 1057605629 de Bucaramanga, actuando en nombre propio o como representante legal de David Santiago Gil Avila identificado en la T.I. 1099217057

DECLARO

Que he sido informado hoy 18 Dic - 2024 por la Terapeuta: Diana Beltran sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: dislexia, disgrafia.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: 4444	Versión: 1	Fecha Aprobación: 03/05/2012	Actualización: 25-05-2023

SERVICIO: Urgencias
NOMBRE DEL PACIENTE: Dario Samir Gil Ruiz TIPO ID: TI NUMERO: 1091 263 057
FECHA DE ATENCION: 18-dic-2024 DX: HORA: 04:19 pm
EVOLUCION 1: Paciente 8 años, ingresa a 3', se noche, dictado donde confunde algunas letras y no escribe completo las oraciones. (Paciente en pediatría con bloqueo bloqueo, bata, fonoaudiología y terapia de lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL: Dra Pacheco | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" CYSXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS
Código: FO-MA01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/20[illegible]	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Pediatría
NOMBRE DEL PACIENTE: David Samir Gil Avila TIPO ID: T.I NUMERO: 1.099217.057
FECHA DE ATENCION: 18/12/24 DX: HORA 03:50 PM
EVOLUCION 5:
David 8 años, ingresa en buenas condiciones de salud. Es el menor de dos hijos. Familia nuclear completa, dinámica familiar disfuncional. Madre refiere que el ambiente en el hogar es hostil y al no contar con herramientas de psicoeducación castiga a David con golpes. Necesidad de expresión, normas, reglas y límites

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE [signature]

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2022	Actualización: 20-07-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLOGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordara previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 17 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 05:30 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Ivan Emmanuel Cortazar Favero

Documento de Identidad Nº: 1033342086

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 17-12-2024

Hora: 05:30

Claudia Favero

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1099210576

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o T.P.

C.C 1033346948

Testigo

C.C.

Pedro Daniel Olarte
Cel: 324 223 50 43
PSICOLOGO
T.P. 243841

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: I-MGI	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 26-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Esteban Cotaro		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1043342086
FECHA DE ATENCION: 12-12-2023	DX:	HORA: 5:20 PM	

EVOLUCION 1:

Paciente masculino 13 años de edad, se aplica test bender, buen estado de salud cumple criterios DSM IV para TDAH (1A, 1B, K, 1D, E, 1G, 1I) (2A, 2B, 2, 2E, 2F, 2H, 2I) finaliza sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL

Claudia Perez
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FMD1	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 27/09/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Thank Emmanuel Colmenares

Inst Comercio

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H M DI	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Jhon Emanuel Cartagena F | **TIPO ID:** T.I | **NUMERO:** 1003347085

FECHA DE ATENCION: 12/12/24 | **DX:** | **HORA:** 04:00 Pm

EVOLUCION 1:

Joven 13 años, Familia acompaña, Jhon es el hermano mayor de dos hijos, padre ausente, No hay límites establecidos en el hogar. Adecuado ejercicios Estimulaciones. Hay tensión en la relación Papá - hijo ausente hostil. Se brindan pautas de crianza con el propósito que sean implementadas.

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Jhon Emanuel Cartagena Fabro

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**

EVOLUCIÓN 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**

FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-05-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 12-12-24 CIUDAD: Bucaramanga

Yo Claudia Milena Forero, mayor de edad, identificado con C.C. 1098705756, actuando en nombre propio o como representante legal de Jhon Emanuel Cortaza identificado en la C.C. 1053342086

DECLARO

Que he sido informado, hoy 12-12-24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerinne Juliana Florez sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Asma y alteración en el comportamiento

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Bafonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAY

Nit 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- X Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

Claudia Toro
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099210576

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1094277708

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Jhon Emanuel Cortazo		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.053.342.086
FECHA DE ATENCION: 12-12-23	DX: F468	HORA: 2:30 pm.	
EVOLUCION 1: Usuario ingresa en buenas condiciones con dx de asma y alteración en las alergias, se realiza valoración donde se evidencia, poca atención y concentración comportamiento opositor, rutinas desestructuradas, se establece intervención direccionada a trabajar procesos mentales superiores se finaliza la ulación, no se presenta evento adverso.			
FIRMA DEL PROFESIONAL:		Claudia Ferero FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" CISACAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 21/05/201-	Actualización: 25/09/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Claudia Forero Correa....., mayor de edad, identificado con C.C. 1099210526..... actuando en nombre propio o como representante legal de Yhoal Emanuel Contreras F..... identificado en la C.C.1053341086

DECLARO

Que he sido informado hoy – 13-dic-2024..... por la Terapeuta: Carol Michel Rodas Rincon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Disgrafia.....

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios prácticos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Claudia Forero
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099210576

Gina Rincon
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1013 537.158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: H-M-01	Version: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2019 | Actualización: 21/09/2023

SERVICIO: Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Jhon Emanuel Colorado TIPO ID: TI NUMERO: 1053341016
FECHA DE ATENCION: 12 - dic - 2024 DX: HORA: 2:14 pm
EVOLUCION 6: Ingresa el niño, lepito y del mismo con dificultad, se distrae, disgrafia, lepiteo, el lado derecho del cerebro no funciona, no puede tener un acercamiento con la maestra, se le dificulta retener información dificultad del aprendizaje, deput de atención,

FIRMA DEL PROFESIONAL: [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Claudia Forero

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Emanuel Jose Celuis A		TIPO ID: RC	NUMERO: 1032499669
FECHA DE ATENCION: 12 dic - 2024	DX: Lenguaje	HORA:	
EVOLUCION 1: habla algunas palabras, tiene habla tapuno, expresion no esta estudiando no reconoce algunas letras bien, terapia de lenguaje fonoaudiologia y ocupacional.			
FIRMA DEL PROFESIONAL: Sinna Pacheco		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Jonana Amado	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 05 Mes: 12 Año: 2024 Hora 03:00

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Angie Zaneth Olaya

Documento de identidad Nº: 1101255908

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 05-12-2024

Hora: 03:00

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o TP
C.C. 1053346918

Dr. Daniel Alzate
Cel 324 223 80 43
PSICOLOGO
T.P. 249861

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

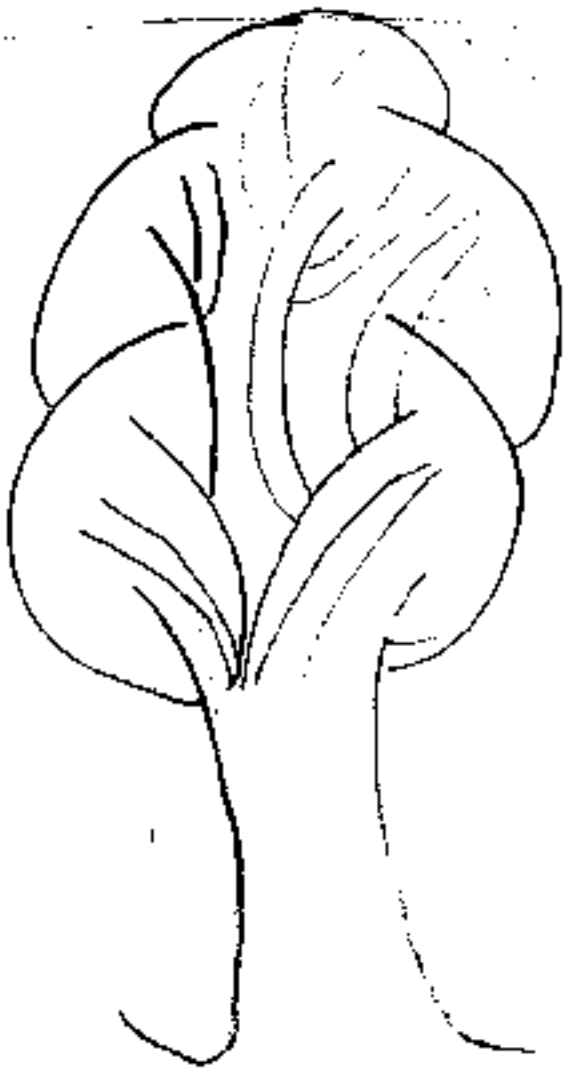
Código: R M C I	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Psicologia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Angie Zaneth Olaya		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1017555908
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 3:00	
EVOLUCION 9:			
Paciente en buen estado general de salud, Paciente femenino de 16 años. Posible diagnostico TDAH, Dislexia, habilidades sociales, sensopercepción y seguimiento de instrucciones adecuado, finaliza sesión sin complicaciones			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

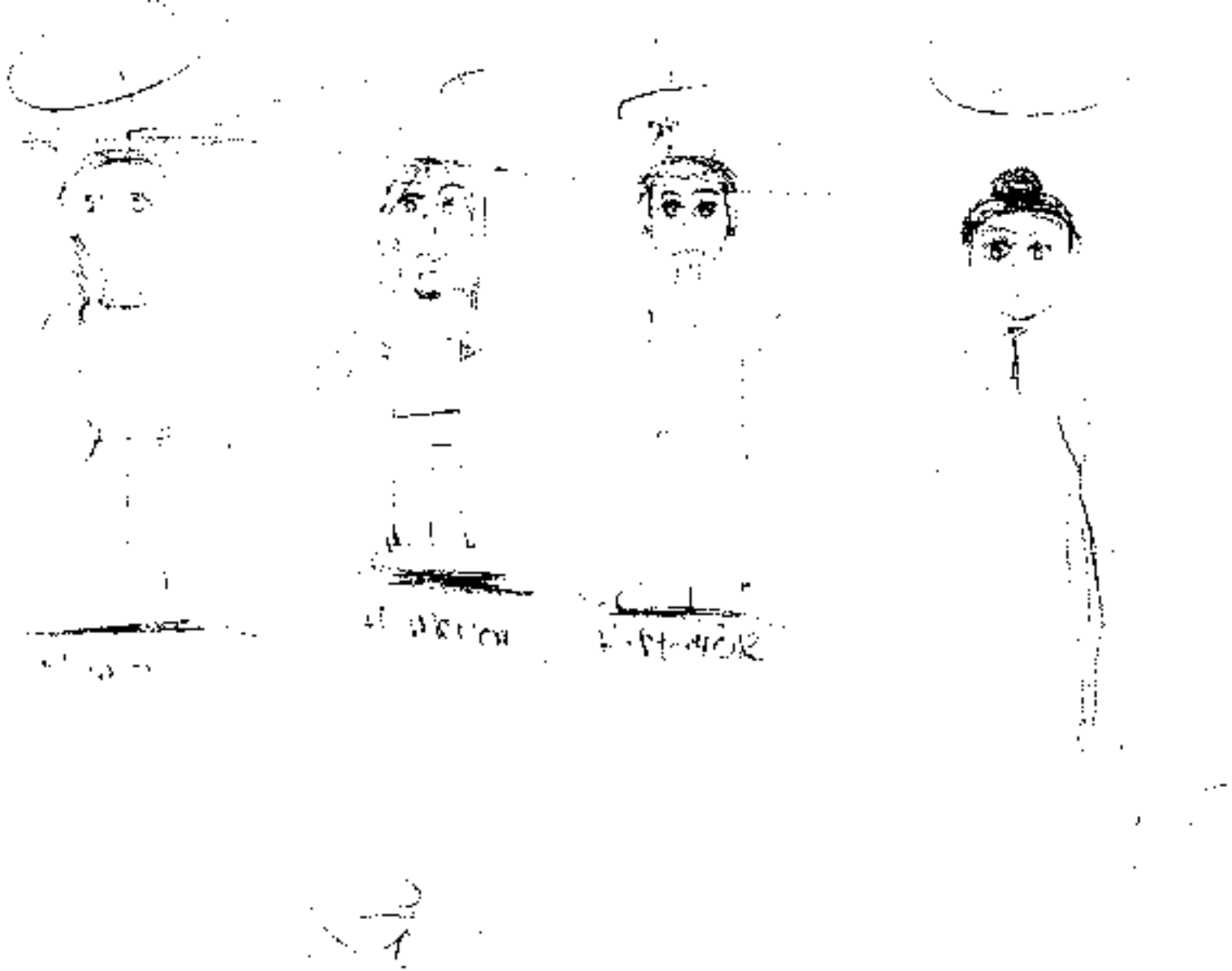
SERVICIO: Psicologia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Angie Zaneth Olaya		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1017555908
FECHA DE ATENCION: 12-12-2024	DX:	HORA: 3:00	
EVOLUCION 10:			
Paciente en buen estado general de salud, se realiza terapia psicologica, se aplica test proyectivo Arbol de Koch, se evidencia inestabilidad emocional, baja autoestima e impulsividad, finaliza sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

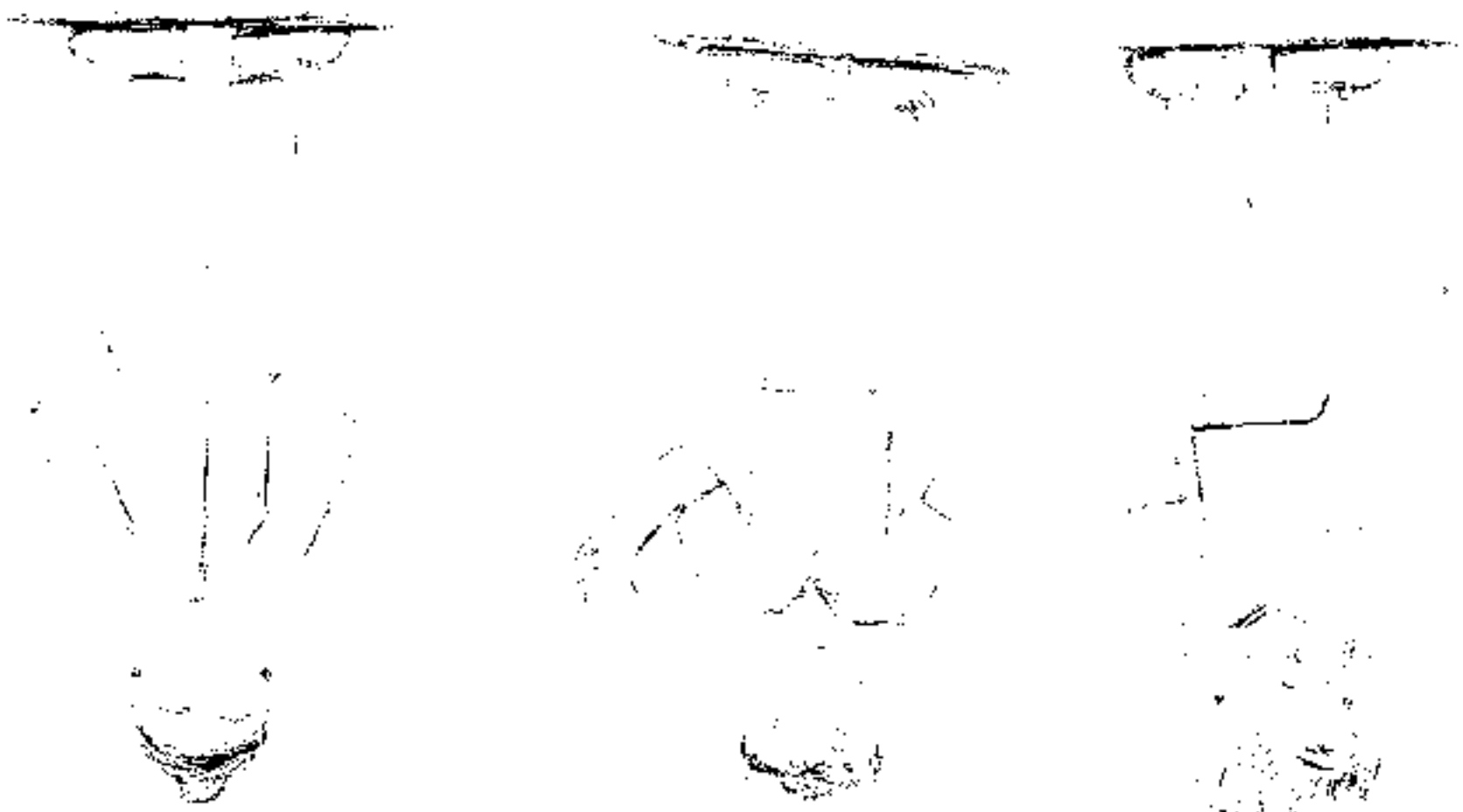
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



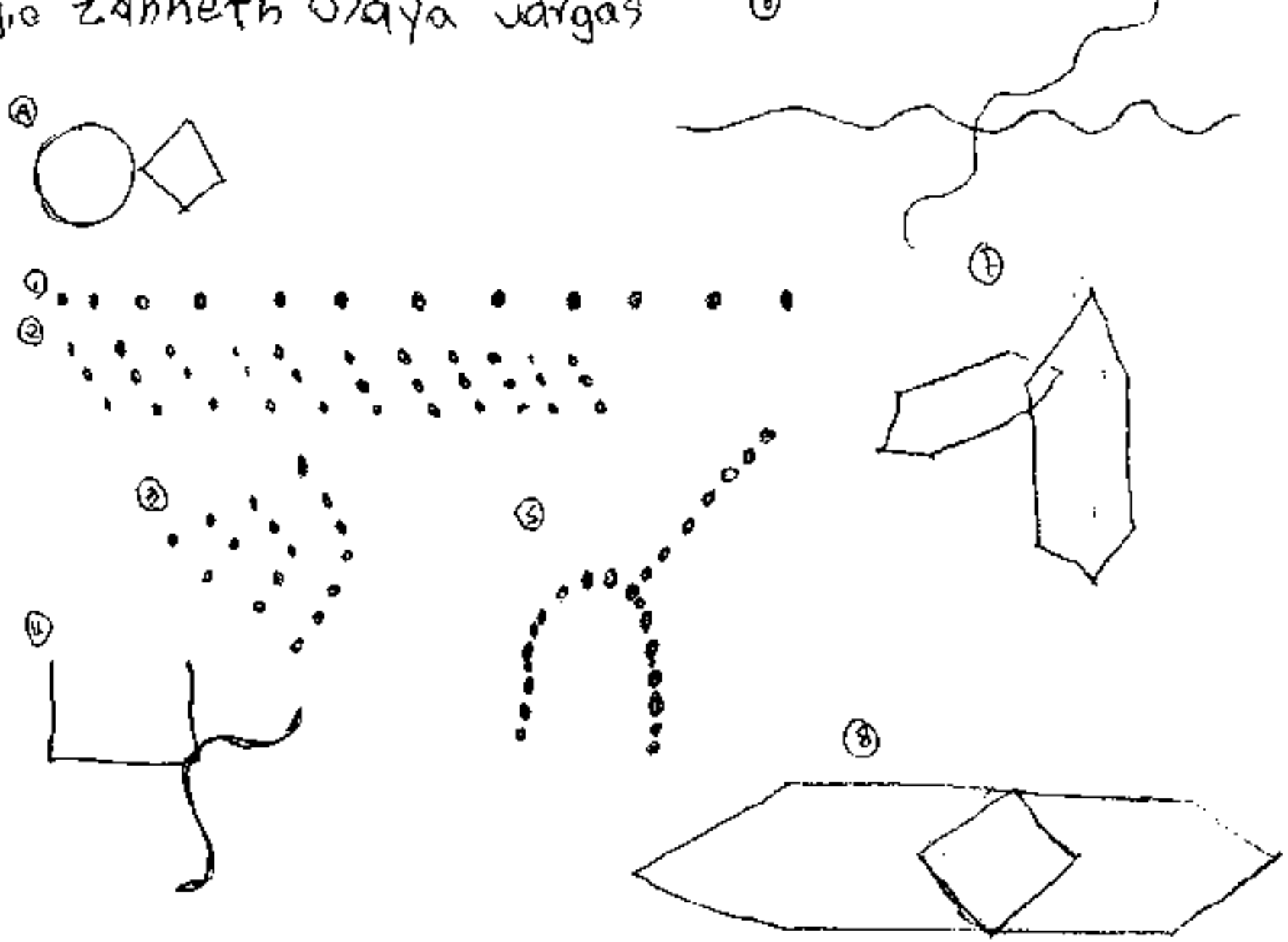
Angie Zanneth Obya



Angie Zaineth Olaya



Angie Zanneth Olaya Vargas



1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

FECHA DEL EVENTO:

TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA

DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Angie Zameth Olano		TIPO ID: TI	NUMERO: 1101755408
FECHA DE ATENCION: 05 12 24	DX: Violencia IF	HORA: 3:20 PM	
EVOLUCION 1: Familia extensa / Aparentemente victima de abuso sexual cuando tenia 5 años / Relacional padre ausente, no hay figura de autoridad / adolescente asertiva, no acepta normas en el hogar / Familia disfuncional / Inicio su vida sexual / Consumo de licor / Conflictos Hiperactividad			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: F-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 05 Diciembre 2024 CIUDAD: Bonbacas .

Yo Katherine Vargas Ramirez, mayor de edad, identificado con C.C. 1095825774, actuando en nombre propio o como representante legal de Angie Zamara Oleya Vargas identificado en la C.C. 1.101.755908.

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de Intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1079211574 B/60

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

DIS - CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código H-U-01	Versión: 1	Fecha Aprobación 01/05/2021	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Angie Zaneth Olaya V.		TIPO ID:	NUMERO: 1.101.355.908
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 11:50 am.	

EVOLUCION 9:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Presenta dificultades a nivel escolar, dificultades en su desempeño al realizar actividades de motricidad fina y de grafomotricidad.

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196412

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: 12 Dic. 2024 CIUDAD:

Yo Katherin Vargas Riquez, mayor de edad, identificado con C.C. 1099211571, actuando en nombre propio o como representante legal de Angie Zameth Ocaña Vargas identificado en la C.C. 1012355708

DECLARO

Que he sido informado hoy 12 - dic - 2024 por la Terapeuta: Ana María Ochoa Ruiz sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: disgrafia - discapacidad cognitiva

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como. la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatologia .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ☑ Acepto de Conformidad
- ☐ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1082211571

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1013.334.148

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: HHA01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20/09/2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: Angie Zuleth Ortiz Urrego | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1.101.75.904
FECHA DE ATENCION: 11-de-Toly | DX: T. lenguaje | HORA: 8:11 a.m.
EVOLUCION 1: Dislexia no comprende la escritura, repite el abc, dificultad de lenguaje - discapacidad cognitiva

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTIÓN DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: H-A-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Angie Zaineth Olaya		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.104.765.908
FECHA DE ATENCION: 12-11-24	DX:	HORA: 4:30 pm	
EVOLUCION 1: Usuaria ingresa en buenos condiciones. Se realiza valoración donde se identifican mala postura, alteración en valores, motivación y patrones de desempeño la intervención se direcciona hacia volición y habituación, se finaliza la sesion. No se presenta evento adverso.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: R-M401	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 22-09-2022

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:

Yo Katerine Vargas Rodriguez, mayor de edad, identificado con C.C. 1094241591, actuando en nombre propio o como representante legal de Angie Zanneth Olaya identificado en la C.C. 1.101.755.908

DECLARO

Que he sido informado hoy 12-Diciembre-24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerine Juliana Flórez Gamboa, sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es Integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Katherin Vargas Rodriguez
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1079211571 B/57

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1094277708

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLOGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que están dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día 11 Mes Diciembre Año 2024 Hora 2-30

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE Maria Paula Para

Documento de Identidad Nº. 1028941925

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 11-12-2024

Hora: 2-30 Pm

Maria Paula Para Martinez

Nombre y firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C.

Nombre y firma del Psicólogo que lo ejecuta

C.C. 1053346948

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que habiendo recibido la información solicitada he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS
Codigo: [illegible]	Version: [illegible] Fecha Aprobacion: [illegible] Actualizacion: [illegible]

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Paula Parra TIPO ID: T.I NUMERO: 1028941922
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 DX: HORA: 2:30 Pm
EVOLUCION 1:

Paciente femenino de 19 años de edad ingresa en buen estado de salud, presenta conducta retraida, sigue instrucciones y accede a realizar psicoterapia sesión sin complicaciones.

Mar

FIRMA DEL PROFESIONAL

maria paula parra martinez
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: F-M-G-1	Version:	Fecha Aprobación: 01/09/2020	Actualización: 01/09/2020

SERVICIO: T. Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Paula Parra TIPO ID: T.I NUMERO: 1028944972
FECHA DE ATENCION: 11-12-24 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
Se realiza valoración por Terapia ocupacional en adecuado estado de salud, coordinación motriz y visomotor.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Maria Paula Parra Martinez
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISACAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMO-07	Version:	Fecha Aprobación: 01/03/2023	Fecha Revisión: 01/03/2024

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Paula Faria TIPO ID: T.I NUMERO: 1028944022
FECHA DE ATENCION: 11 | 12 | 24 DX: HORA:
EVOLUCION 1: Ingreso paciente en buen estado de salud, se realiza valoracion en motricidad gruesa y equilibrio, sin contraturas musculares. Se realiza sesion correcto.

FIRMA DEL PROFESIONAL - Maria Paula Faria Martinez FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAPS.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

CODIGO: FM-GC-02	VERSION:	FECHA APROBACION: 01/09/2017	PAGINA: 1 DE 1

SERVICIO: T. Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: María Paula Parra M. | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1028941922
FECHA DE ATENCION: 11 12 24 | DX: | HORA:
EVOLUCION 1:
Digiera la adolescente en la que se evidencia que tiene buen sistema fonoarticulatorio. No hay necesidad de dar continuidad a proceso de lenguaje

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGÍA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento pueda ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 09 Mes: Diciembre Año: 2029 Hora: 8:40

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Dayana Valentina Sarmiento

Documento de Identidad Nº: 1099216381

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 09-12-2029

Hora: 8:40

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1.099 213 195

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

A.M. NP o TP

C.C. 1033969998

Testigo

C.C.

Pedro David Alfonso
- Cel: 324 223 90 48
PSICOLOGO
T.P. 248861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento.

OBSERVACIONES:



"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAPS.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: (illegible)	Version:	Fecha Aprobacion: (illegible)	Proximo: (illegible)

SERVICIO: T. Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Valentina Sanchez **TIPO ID:** T.I **NUMERO:** 1082216389
FECHA DE ATENCION: 12-09-24 **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 1:
Actualmente presento dificultades para pronunciar sonidos y problemas de comprension en el lenguaje. Trabajo fonatorio y articulatorio

FIRMA DEL PROFESIONAL Erna Pachón | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: **TIPO ID:** **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: **DX:** **HORA:**
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-H-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Darlin Valentina Sarmiento		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1042636581
FECHA DE ATENCION: 12-09-2024	DX:	HORA: 09:1	
EVOLUCION 1:			
Paciente femenino de 8 años en buen estado general de salud con diagnostico discapacidad intelectual leve leve sin otro especificado, dificultad leve en comunicación afectiva, evaluada y valoración de conductas disruptivas se aplica test bender, finaliza sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

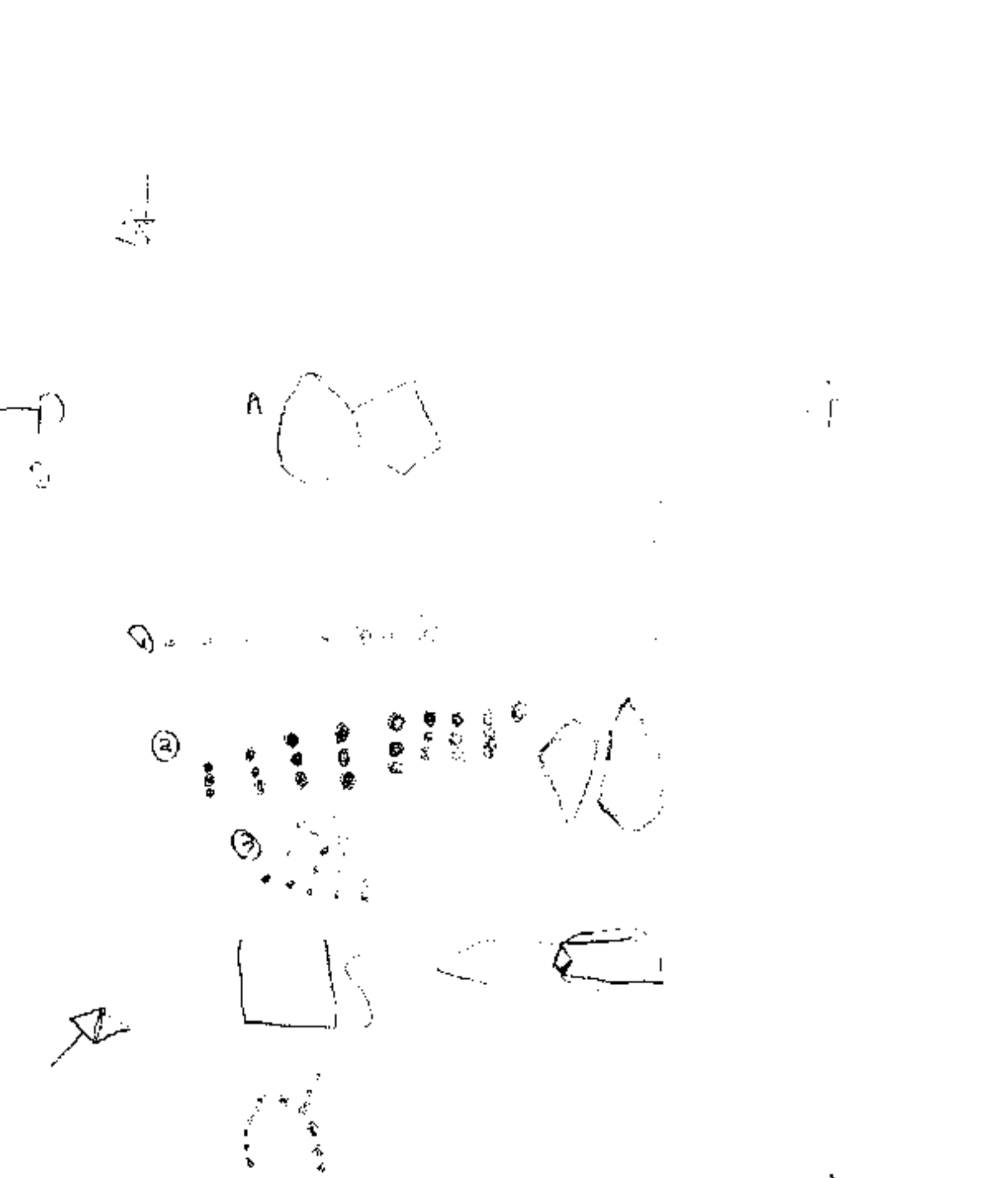
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: I I-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	



Daana Valentina Sarmiento Castro

VIS CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: F-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación. 01/05/2021	Actualización.20-09-2023

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Danna Valentina Saumeth C.		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1091216361
FECHA DE ATENCION: 09-11-2024	DX:	HORA: 9:45 am	

EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Presenta alteraciones a nivel escolar. Se observan problemas de atencion, y no recibe indicaciones Simples o complejas.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Fisio Equina

NOMBRE DEL PACIENTE: [illegible]	TIPO ID: T.I	NUMERO: 1099263381
FECHA DE ATENCION: 09/12/24 DX:	HORA: 10:25 a.m.	

EVOLUCION 9: Familia nuclear, hijo único. Al parecer adecuados referentes parentales, sin embargo y pese lo anterior se muestra con [illegible] en valores y límites por parte del padre permisividad, respecto a ello porta no aporta normas básicas en hogar se brinda psicoeducación de factores de riesgo

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:	TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX:	HORA:	

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:	TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX:	HORA:	

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:	TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX:	HORA:	

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera debe ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Sincelejo, D.C. Día 17 Mes Diciembre Año 2024 Hora 04-10 pm

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE Alisson Yulieth Herrera Rodriguez.

Documento de Identidad Nº. 1.061.598.528

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento. 13-12-2024

Hora 04-10 PM

Yenny Castro Rodriguez
Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 1061 26a 162

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
C.C. 1055246146

Testigo
C.C.

Pedro Daniel Flórez
Cel 314 293 50 73
PSICOLOGO
T.P. 216861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

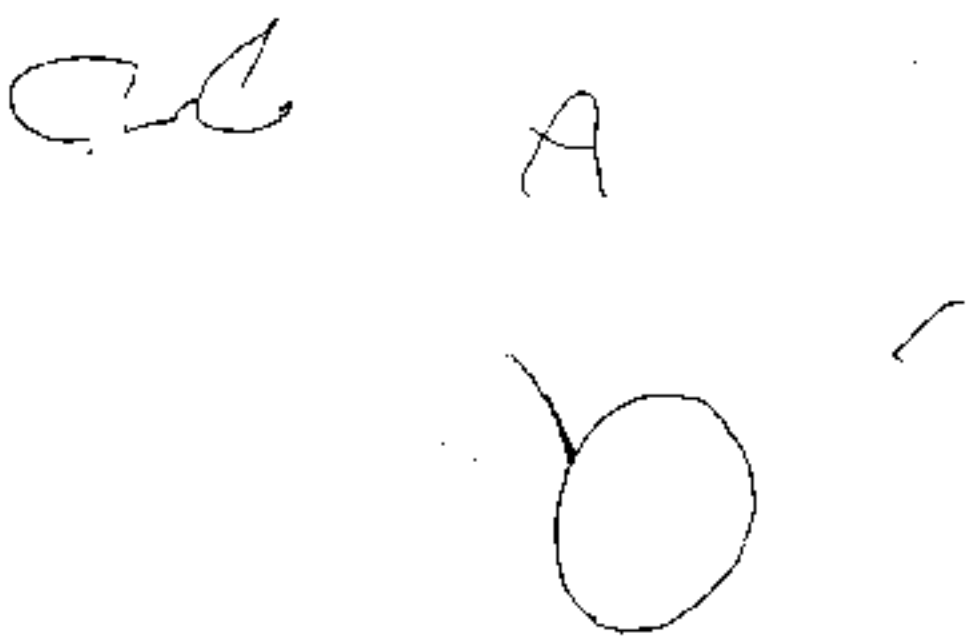
OBSERVACIONES:

Alisson Yuliana Herrera





Leo adolova leer libor de aventura y un oso al abrir su libro fabolito las letras comenzaron a bailar



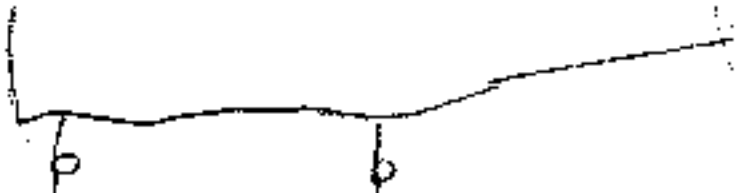
Alisson Yaliana Herrero








Allison Yu/Jena



	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Fisiatria			
NOMBRE DEL PACIENTE: Alison Valeria Herrera		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.101698.528
FECHA DE ATENCION: 14-12-2024	DX:	HORA: 04:09 pm	
EVOLUCION 1: Paciente femenino de 9 años de edad, Impresa en buen estado de salud, receptiva en seguir instrucciones, Cooperativa conducta retirada se aplica test Pinedo Valencia test familia Canson Finaliza sesion sin Complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Jenny Cristina Rodriguez	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION S

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION S

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION ?

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION S.

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo 17 de dicbre 2024, mayor de edad, identificado con C.C. Jenny Rodriguez actuando en nombre propio o como representante legal de Alisson Yuliana identificado en la C.C. 1101.693.525

DECLARO

Que he sido informado hoy 17-dic-2024 por la Terapeuta: Carmen Echeverri Rodriguez sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Dislexia - Disgrafia.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brinda mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ♦ Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053 337 138

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: A-M-01	Version:	Fecha Aprobacion: 01/03/2021	Fecha Vigencia: 01-01-2023

SERVICIO: Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Allison Yulana Rodriguez TIPO ID: TI NUMERO: 1104 696 523
FECHA DE ATENCION: 13-Dic-2024 DX: HORA: 3:47 pm.
EVOLUCION 1:
paciente femenino, ingresa a grado 2°, activo del aprendizaje, consume palabra d, con b, p con q, s y z, dispraxia y ataxia, fractal, cirugía de guatro veces de lenguaje, terapia psicológica.

FIRMA DEL PROFESIONAL: Sara Pachón
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Jenny Cristina Rodriguez

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Jenny

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 5

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 17 de diciembre 2021 CIUDAD:

Yo ..... mayor de edad, identificado con C.C. ....., actuando en nombre propio o como representante legal de ..... identificado en la C.C. .....

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Jenny Catalina Valderrama

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1065609162

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMO01	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/03/2017	Actualizado: ABR 2020

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: Allison Yuliana Herrera R TIPO ID: T I NUMERO: 1001 698 528
FECHA DE ATENCION: 17-12-2024 DX: HORA: 03:20 pm
EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud, se realiza valoración donde se evidencia dificultad a la interacción con el medio, temor a ser rechaza. Presenta dificultades escolares (lecto-escritura) y de grafomotora.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX: HORA
EVOLUCION 6.

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CITE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Allison Herrera Rodriguez TIPO ID: TI NUMERO: 1101 698.528
FECHA DE ATENCION 13/12/24 DX: HORA 03:40 PM
EVOLUCION 6:
Niño 7 años, ingreso a grado 2°, Familia nuclear, Allison es la hija menor de 2 hermanas, Al parecer los padres de cuerpo son autoritarios, haciendo uso de castigos negativos cuando la menor no acata normas. Familia disfuncional se brinda pautas de cuidado a la progenitora, para que sean implementados en el hogar.

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Jenny Cristina Rodriguez por Allison

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 6'

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX: HORA
EVOLUCION 8'

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LIMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijados por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como Interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006. dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 20 Mes: Diciembre Año: 2020 Hora: 10:50 Am

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Carolina Mateus Baez

Documento de Identidad Nº: 1040803504

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 20-12-2020

Hora: 10:50 Am

Bianca Berrio

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1040703409

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1033969408

Testigo

C.C.

Psic. David Alfonso
Cel. 324 233 80 43
PSICOLOGO
T.P. 248961

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FO-GC-03	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/03/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Carolina Montes Bento | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1043804504
FECHA DE ATENCION: 30-12-2024 | DX: | HORA: 11:00 am
EVOLUCION 1: Paciente femenino de 7 años de edad en buen estado general de salud. Se aplica test bender, cumple con criterios DSM V para trastorno especifico del Aprendizaje Lecto-escritura, dislexia y disgrafia. Finaliza sesión sin complicaciones. Criterios (A1, A2, A3, A4, A5)

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

siete años

Carolina Mateus Beltrán



















ספרות ילדים

ישנם סיפורים שמתרחשים בזמן מלחמה
והיו ילדים שחוו את המלחמה
מקרוב ממש.

בסיפור שנקרא בכיתה
היו שני ילדים
בני 9

שהיו חברים טובים מאוד

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- [x] Acepto de Conformidad

- [ ] NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1010 763409

Bianca Bermúdez

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053 337.186

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Bunci Barri, mayor de edad, identificado con C.C. 1042763406, actuando en nombre propio o como representante legal de Catalina Mateus identificado en la C.C. 1020820504

DECLARO

Que he sido informado hoy 20-dic-2024 por la Terapeuta: Diana Maria Acosta, sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: _____

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras. la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Hospitalización
NOMBRE DEL PACIENTE: Carolina Mateus Bermudez TIPO ID: TI NUMERO: 1008015014
FECHA DE ATENCION: 20-Oct-2014 DX: Dislexia HORA:
EVOLUCION 5: Paciente de 7 años, ingresa diagnosticado ?, consulta x E con lo q se realiza dictado en 10 ocasiones no completa algunas palabras entiende algunas. Ideal se envia para terapia de lenguaje y reporte desde casa

FIRMA DEL PROFESIONAL: Carolina Mateus FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Blanca Bermudez

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FR-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/09/2021	Actualización: 20-09-2021

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:

Yo Blanca Isaza Tello, mayor de edad, identificado con C.C. 1.040.738.209, actuando en nombre propio o como representante legal de Carolina Matews identificado en la C.C. 1.040.3[illegible]

DECLARO

Que he sido informado hoy Viernes 20-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Blanca Bervis
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1040730409

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Carolina Mateus Bermo		**TIPO ID:** TI	**NUMERO:** 1.040.804.504
FECHA DE ATENCION: 20-12-2024	**DX:**	**HORA:** 10:50 am	

EVOLUCION 1:
Ingresa paciente en buen estado de salud. Necesidad de aprendizaje en lecto-escritura y matematicas, presenta apoyo mantener su atencion dificultad a realizar actividades de motricidad fina.

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: F M 01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 29-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CITE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAPS.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01 | Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023	

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Carolina Mateus Beino | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1040804504
FECHA DE ATENCION: 20/12/24 | DX: | HORA: 10:35 am

EVOLUCION 1:
Carolina 7 años ingresa a grado 2° En adecuadas condiciones de salud es la hija pequeña de 3 hijos, familia nuclear conjunta, Vivienda Tradicional, estrato socioeconómico 1, padres de procedencia, no hay establecimiento de rutinas ni límites. Se abordan conceptos básicos en pautas de crianza y formación de hábitos

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que estén basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en este momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día 11 Mes Diciembre Año 2024 Hora 09:30

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Darickson Joel Sanchez Osma

Documento de Identidad Nº. 1069219316

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 11-12-2024

Hora: 09:30

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1020214116

Nombre y firma del Psicólogo que lo ejecuta

C.C. 1053346948. Pedro Daniel Alarcon

Cel: 324 223 90 43

PSICOLOGO

T.P. 248681

Testigo

C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: [illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/202	Actualización: 20/05/2023

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Dorkeen José Sánchez | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1019213316
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 | DX: | HORA: 05-00 p.m

EVOLUCION 1:

Paciente masculino de 19 años de edad, en buen estado de salud. Presenta conductas desadaptadas agresividad física pasiva se aplica test bender, finaliza sesión sin complicaciones. Acompañado

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

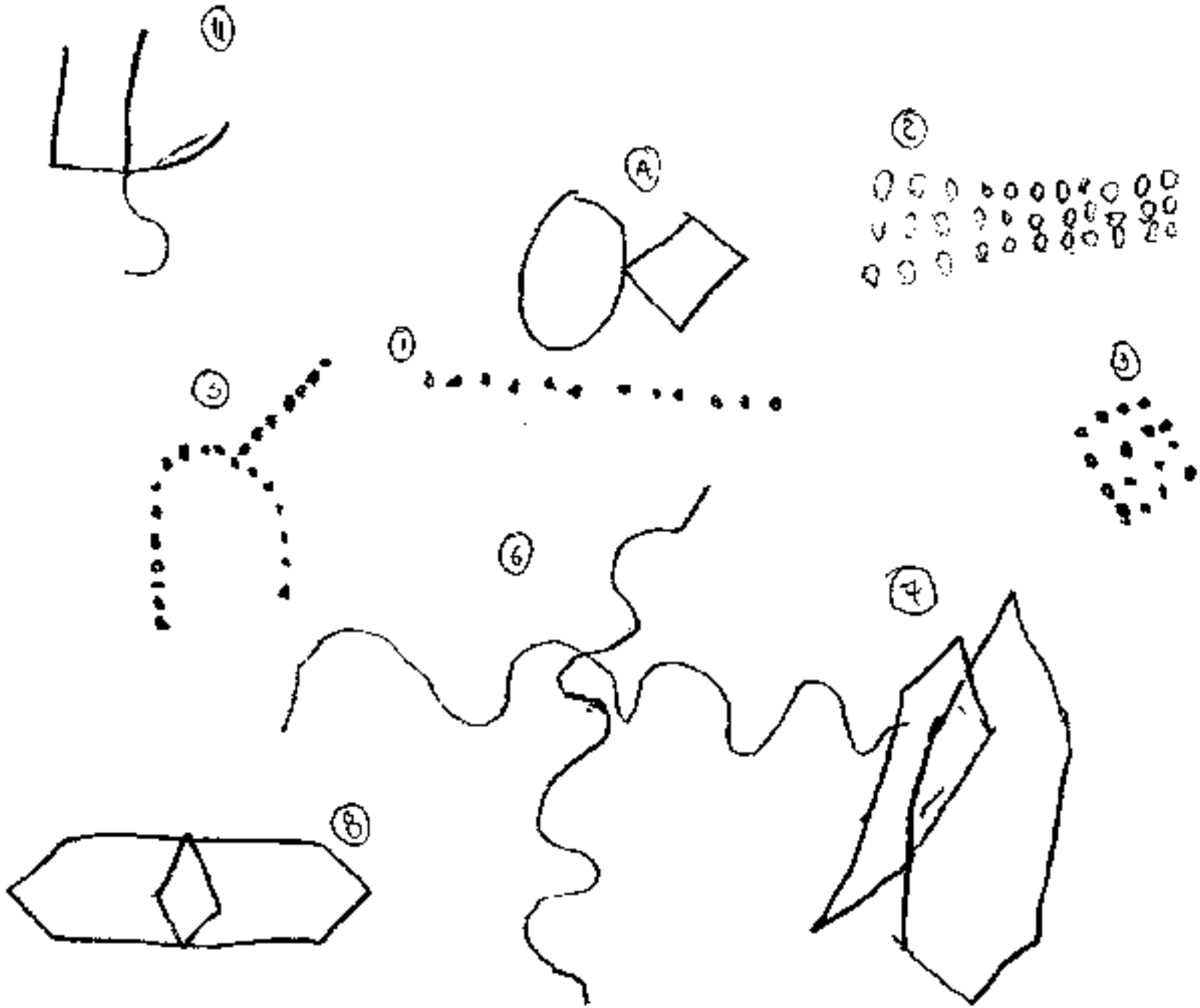
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



Dericksson Joel Sanchez Osuna. 10 años

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MÉDICAS	
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Ambulatorio			
NOMBRE DEL PACIENTE: Jhonier Jose Sanchez Cano		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.044214.316
FECHA DE ATENCION: 05-12-24	DX: Valoracion IV	HORA: 4:40 p.m	
EVOLUCION 9: Familia compuesto x Padre fallecio hace 8 años, madre privada de la libertad x No hay redes de apoyo x El niño se ha visto muy afectado por situacion actual x No tiene contacto con los hermanos. Es desobediente, estilos parentales (abuelos) permisividad. Se brindan pautas de crianza			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCIÓN 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCIÓN:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 05-11-2024 CIUDAD: Barbosa

Yo ....., mayor de edad, identificado con C.C. Maria Irene Ostos 42 021 416, actuando en nombre propio o como representante legal de Davidsson Joel Sanchez Osma identificado en la C.C. 1.099.214.316

DECLARO

Que he sido informado hoy 05-11-2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Davidsson Joel Sanchez O.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincopeclas o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 42021416

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Darickson Joel Sanchez O. | TIPO ID: | NUMERO: 1.099.710.316

FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 | DX: | HORA: 3:15 pm

EVOLUCION 1:

Ingresa paciente en buen estado de salud. Se evidencia problemas para mantener su concentración, dificultad en el lenguaje, entiende indicaciones simples y complejas, pero en ocasiones no las realiza.

Yeimi Ireneo Sanmo

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCIÓN: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCIÓN: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DIS Y CAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MÉDICAS	

Código: HAM-01	Versión:	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Maria Irene Asmo, mayor de edad, identificado con C.C. 42071446, actuando en nombre propio o como representante legal de Dariesson Yael Sinchez Asmo identificado en la C.C 1094214316

DECLARO

Que he sido informado hoy 18-dic-2024 por la Terapeuta: Lina Patron Ramon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: disgrafia

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, éntendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.,

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- o Acepto de Conformidad
- o **NO** Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Irene Osma
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 42021416

FIRMA PROFESIONAL
CC 1053 331.158

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Dicksson Joel Sanchez Olmo TIPO ID: T.I. NUMERO: 1094214316
FECHA DE ATENCION: 4 - dic - 2024 DX: Sistemica HORA: 08:01 pm
EVOLUCION 5: Paciente de 10 años, ingresa a 6° estrabismo, ptosis y que no confunda la d y la b, se necesita refuerzo, se recomienda terapia de lenguaje.

Dicksson Joel Sanchez Olmo

FIRMA DEL PROFESIONAL: Omar Pacheco FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL: FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: FA-21	Version: 1	Fecha Aprobacion: 01/06/2022	Actualizacion: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 1:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona o entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 11 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 10:30 AM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Estiben Alejandro Moreno Pardo

Documento de Identidad Nº: 1024530554

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 11-12-2024

Hora: 10:30 am

Enrique Pardo
Nombre e firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 37670530

Nombre y firma del Psicólogo que lo atiende
R.M. Nº
C.C. 1053346498

Testigo
C.C.

Pedro Daniel Alarcón
Cel. 321 233 50 43
PSICOLOGO
T.P. 246861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/202.	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Esteban Alejandro Moreno | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1029630559

FECHA DE ATENCION: 11-12-2023 | DX: | HORA: 10:30 AM

EVOLUCION 1:

Paciente en buenas condiciones de salud, paciente masculino 19 años de edad, presenta trastornos de habilidades escolares (trastorno específico del aprendizaje) lecto escritura Dsm IV (A1, A2, A3) con dislexia evaluza se aplica test bender, finaliza sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL

Esteban Alejandro Moreno
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD

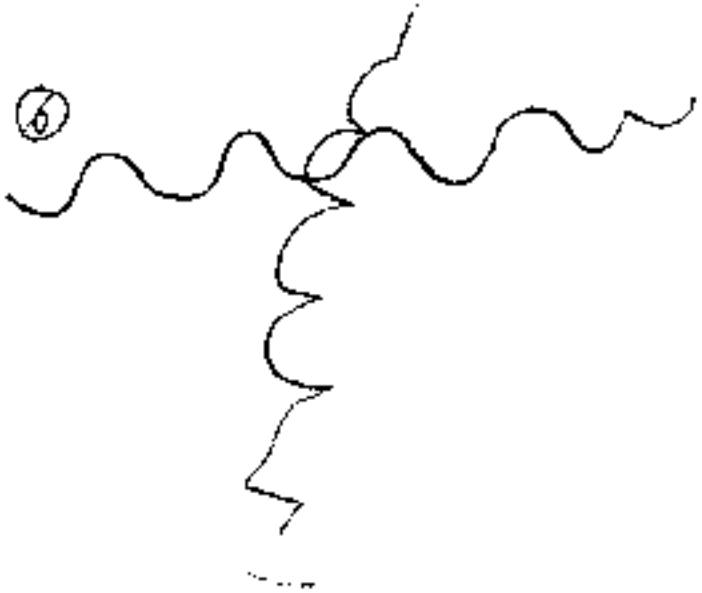
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 20-07-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

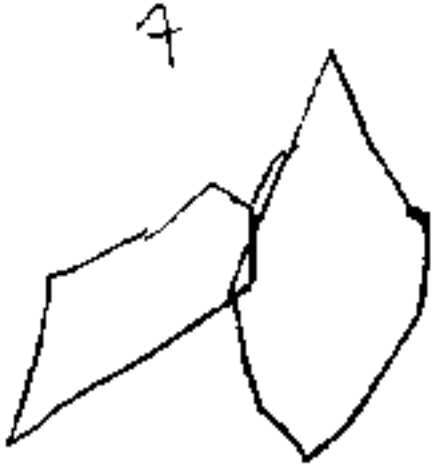
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	


⑥




8

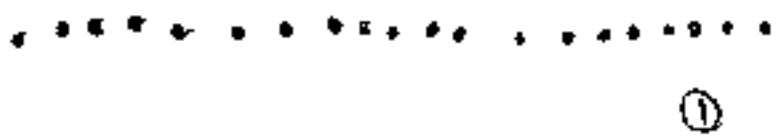

7

la terapia Sicdgica es una relación entre persona terapeuta y persona objetivo con el objetivo de ayudar a



1

2



①



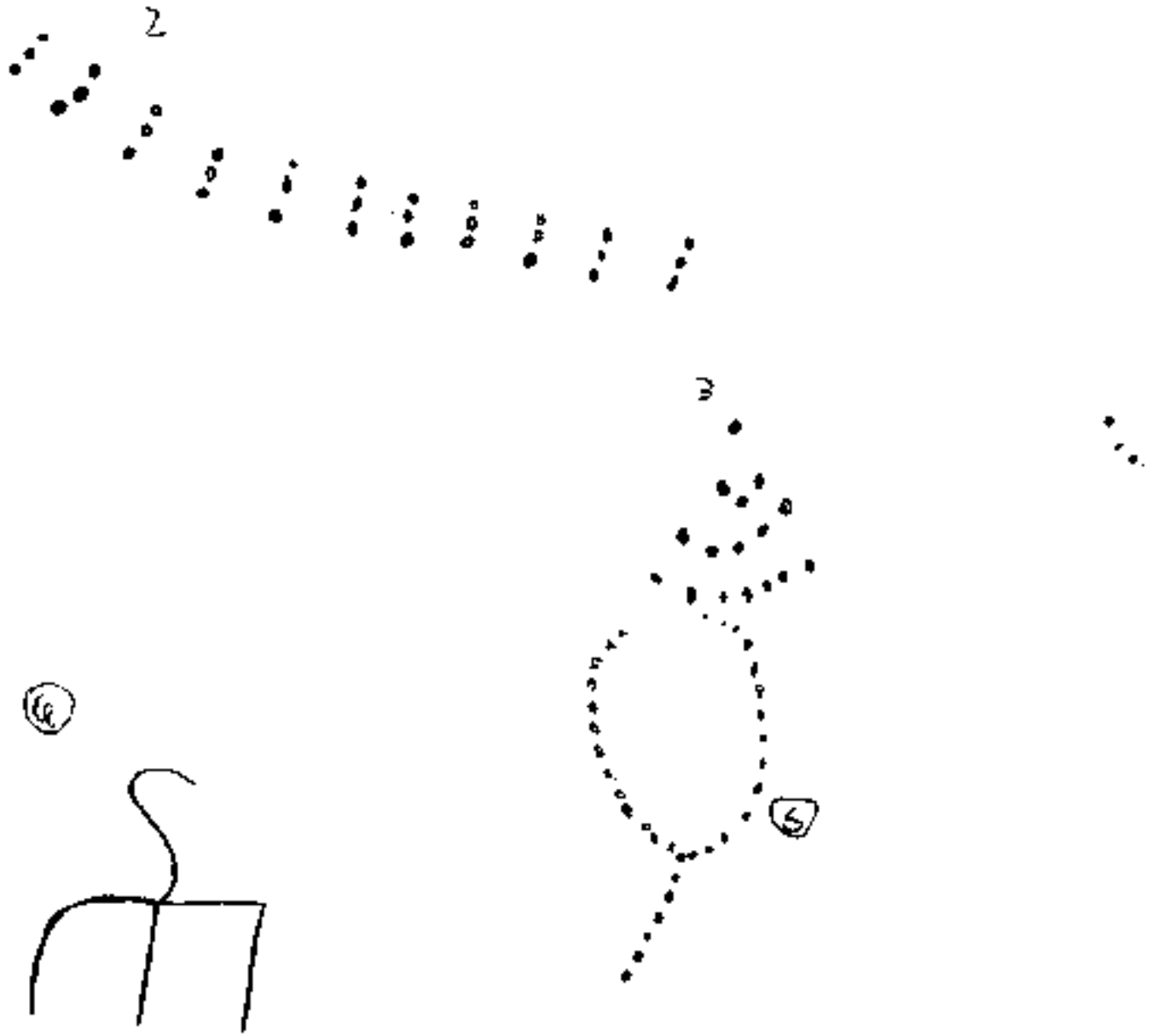






A

Esteban Alejandro Montopolo


2
3
4
5

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Emilce Pardo Mosquera, mayor de edad, identificado con C.C. 37.677.533, actuando en nombre propio o como representante legal de Estudiantes Marcas Estela identificado en la C.C. 1.024.530.557

DECLARO

Que he sido informado hoy 11 de diciembre por la Terapeuta: Carmen Pachón sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Terapia de lenguaje — dislexia.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Emilce Pardo
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 37670530

Lorena Pachón
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1053331158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: lenguaje

NOMBRE DEL PACIENTE: Esteban Alejandro Ramos Rueda | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1024 506 554

FECHA DE ATENCION: 14 - Dic - 2023 | DX: Auditiva | HORA: 09:10 am

EVOLUCION 1: Cordial saludo, explicando a la docente la importancia de leer algún cuento, no les dice, se debe leer constantemente, y aplicar pueda

FIRMA DEL PROFESIONAL: Correa Cano | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Emilce Parda Emilce

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FOR-GC	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización: 29-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: Angie Alejandra Gamboa Sierra TIPO ID: RC NUMERO: 59399127
FECHA DE ATENCION: 11 - Dic - 2024 DX: Asperger + Lenguaje HORA: 10:24 am
EVOLUCION 5: Dictada, no usado, confunde palabras, no completa palabras, no hace contacto visual, imitación, cansada.

FIRMA DEL PROFESIONAL: Carol Ramos
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Adela Gamboa

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 09-11-2021 CIUDAD:

Yo Emilce Pardo Mosquera, mayor de edad, identificado con C.C. 33670530, actuando en nombre propio o como representante legal de Esteban Alejandro Moreno Pardo identificado en la C.C. 1.024.533.93

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Emilce Parra

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 37670530

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO: T. Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Esteban Alejandro M. P. TIPO ID: T. I. NUMERO: 1024530651
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024 DX: HORA: 4:20 pm
EVOLUCION 9: Ingresa Paciente en buen estado de salud. Presenta dificultades escolares, manifestando no entender la explicación del docente. Recibe indicaciones en ordenes simples y complejas pero no las termina.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Emilse Pardo Mosquera
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Instalaciones

Sede A

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Esmeri Estefanía Moreno		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1024530559
FECHA DE ATENCION: 11/12/24	DX:	HORA: 09:54 a.m	
EVOLUCION 1: Paciente ingresa en buenas condiciones de salud, 14 años, familia nuclear, vive con sus hermanos mayor relaciones conflictivas. No hay estilos parentales definidos, relación paterno filial conflictiva. Desobediente no hay respeto hacia figura de autoridad. Importancia en modelar conducta adecuada y trabajo en pautas de crianza.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: FECHA DE ATENCION:	DX:	TIPO ID: HORA:	NUMERO:
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FM-01	Version: 1	Fecha Actualización: 01/09/2021	Actualización: 20-09-2022

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o. numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 12 Mes: 12 Año 2024 Hora: 04-40 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Juan Alex Rodriguez

Documento de Identidad Nº: 1.186.982.586

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 11-12-2024

Hora: 04-40 pm

Jenny Cristina Rodriguez
1088269162.

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o TP
C.C. 1053346148

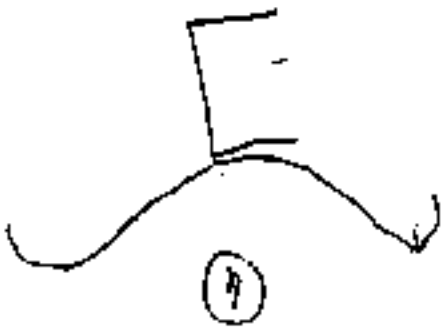
Pedro Daniel Gallo
Cel: 3202235043
PSICOLOGO
T.P. 245961

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

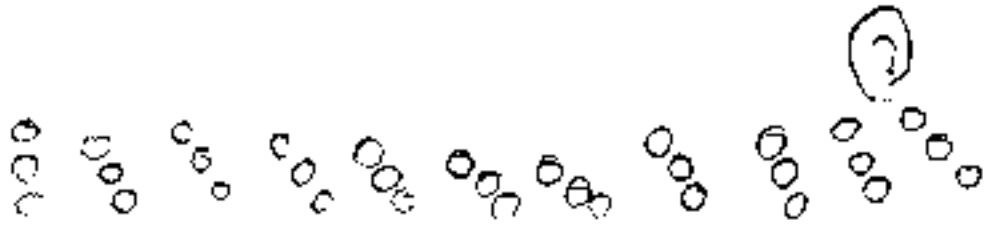
OBSERVACIONES:

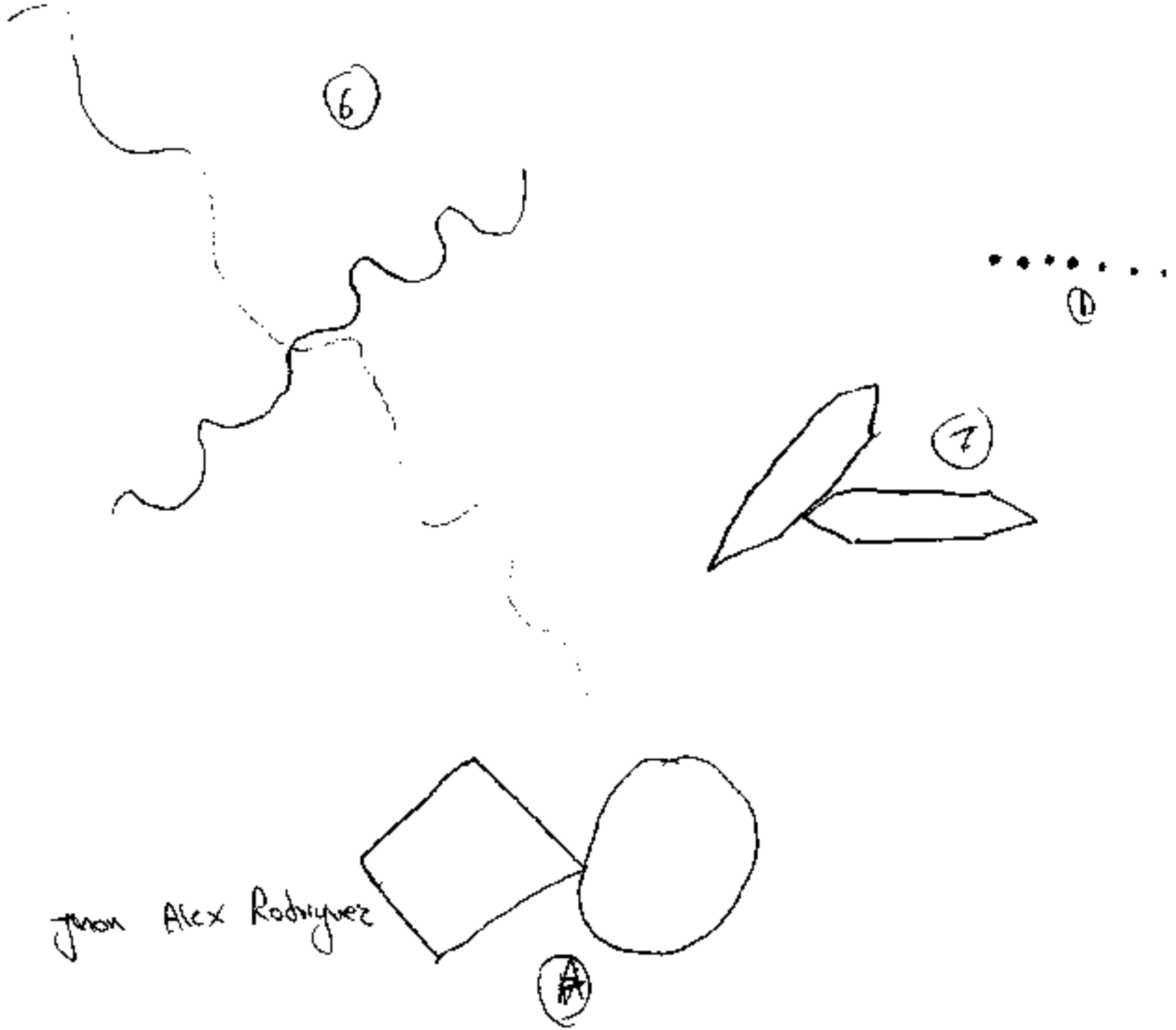











6
1
7
Jhon Alex Rodriguez
A

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISACAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: F-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 31/05/2021	Actualización: 27-09-2023

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Ivan Alex Rodriguez TIPO ID: T.I NUMERO: 1136963506
FECHA DE ATENCION: 14-12-2023 DX: J HORA: 09:50
EVOLUCION 1: Paciente masculino de 16 años de edad se aplica test bender llegan en buen estado de salud, cumple con criterios DSM II, Ar Ma All con disfasia, sin trastorno especifico de la Articulación, finaliza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 7.

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX: HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISCAP

NIT 901156411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 11 dic 2024 CIUDAD:

Yo Jenny Lucia Zapata Zabala, mayor de edad, identificado con C.C. 1095269162, actuando en nombre propio o como representante legal de Juan Alex Zapata Zabala identificado en la C.C. 1126963586

DECLARO

Que he sido informado hoy martes 11 de 2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e Inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos.

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Jenny Catalina Bahamon

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1085 259 162

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1098~~2.64~~

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAPSAS
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: [illegible]	Versión: 1	Fecha Aprobación: 31/05/2022	Actualización: 2019-03

SERVICIO: T. Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Jhon Alex Rodriguez TIPO ID: T.I NUMERO: 1.186.962.586
FECHA DE ATENCION: 19-12-2024 DX: HORA: 3:40 pm
EVOLUCION 1:
Ingresa Paciente en buen estado de salud. Presenta dificultades escolares, se evidencia alteracion en la planificacion de una tarea, no recibe indicaciones y muestra cambio en su conducta, tornado a alteracion agresiva y comportamientos desafiantes. Dificultad al realizar actividades de motricidad fina y de grafomotricidad.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196413

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo 17 dic 2024, mayor de edad, identificado con C.C. Jenny Cristina actuando en nombre propio o como representante legal de Jhon Alex identificado en la C.C. 1.126.963.586

DECLARO

Que he sido informado hoy 17-dic-2024 por la Terapeuta: Diana Michel Pachon Pachon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Discapacidad cognitiva

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación

- o Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1095 269 162

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1'033 307.158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: F-MED	Version: 1 | Fecha aprobacion: 01/03/2022 | Proxima revision: 01/03/2023

SERVICIO: Terapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Jhon Alex Rodriguez TIPO ID: TI NUMERO: 1.136.463.586
FECHA DE ATENCION: 2-dic-2024 DX: Discapacidad HORA: 4:10 pm
EVOLUCION 1: Paciente 10 años, ingresa a 6° (confunde) - no completa palabras tiene discapacidad cognitiva, se distrae, nace dictado, en un tema de ortografia

FIRMA DEL PROFESIONAL Gina Roran | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CITE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE Jhon Alex Rodriguez Portilla TIPO ID: TI NUMERO: 1186.963.586
FECHA DE ATENCION 17/02/24 DX HORA 03:20 PM
EVOLUCION 5
JHON 11 años, ingresa en buenas condiciones de salud. Es el hermano mayor de 2 hijos. Familia Compuesto monoparental. Familia disfuncional, la mamá ejerce los estilos de crianza mediante la fuerza. es desobediente ha tomado dinero del trabajo de su mamá. No acata normas.

FIRMA DEL PROFESIONAL Jenny Rodriguez Portilla FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen estos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y conciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguno otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 05 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 03-10 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Ana Esperanza Saenz

Documento de Identidad Nº: 1049211462

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 05 Diciembre 2024

Hora:

Rocio Milena Nieto

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 20831062

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP

C.C. 1053346948

Testigo

C.C.

Paola Daniela Martinez
Cel: 324 223 50 43
PSICOLOGA
T.P. 243981

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento.

OBSERVACIONES:

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-A-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Esperanza Suarez		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1090
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 05-00	

EVOLUCION 9:

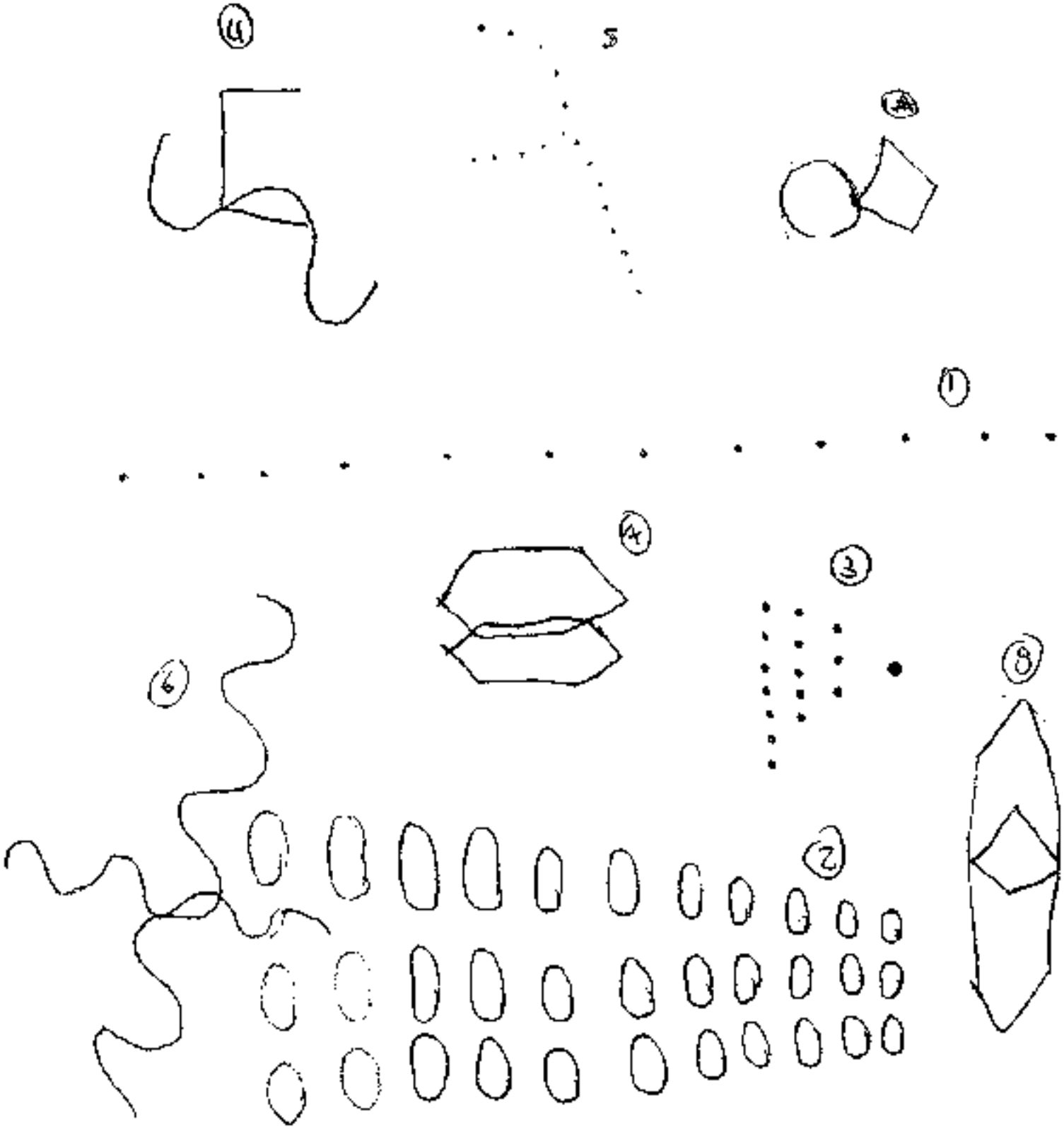
Paciente femenina 11 años en buen estado de salud, se posible discalculia. Sigue instrucciones. y secuencia, acepta la cadena. Atención dispersa. Se aplica test koppitz, finaliza sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL	Rocio Milena Nieto FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

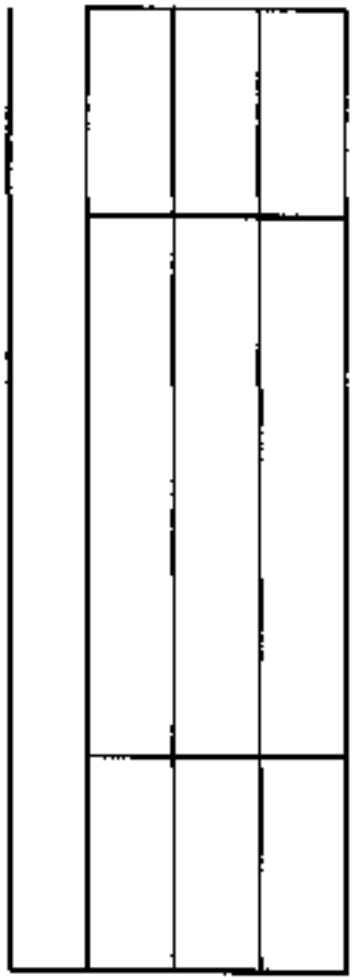
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



Ana Esperanza Saenz Baños



DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 05 de diciembre CIUDAD: Bucaramanga Santander

Yo _____, mayor de edad, identificado con C.C. 2083067, actuando en nombre propio o como representante legal de ana Esperanza Saenz Nieto identificado en la C.C. 1098211462

DECLARO

Que he sido informado hoy 05 de diciembre por la Terapeuta Ocupacional: _____ sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: ana Esperanza Saenz Nieto

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante de mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetria facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Paciente viejo

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 20831062

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Esperanza Suenz N.		TIPO ID:	NUMERO: 1.049.211.962
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 10:40 am	
EVOLUCION 1: Ingresa paciente en buen estado de salud. Presenta dificultades a nivel escolar, realiza y recibe indicaciones simples y complejas. Manifiesta alteración en su conducta cuando no se le permite hacer lo que ella desea.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Paciente no quiso firmar 20831062 FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" OISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FO-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Esperanza Salamanca | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1099211462

FECHA DE ATENCION: 05/12/24 | DX: | HORA: 4:12 P.M

EVOLUCION 1:

Acude en compañía externo padres separados | familia disfuncional | madre trabaja en plataforma | conflicto interno en hogar | durante la sesión llanto persistente de la menor refiriendo que extraña a su hijo. se brindan pautas de crianza y ventilación emocional

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion 20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAPACITAS
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS
Codigo: FAM01	Version: 1 | Fecha Aprobación: 01/03/21 | Actualización: 2 Años

SERVICIO: Terapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Esperanza Saenz | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1.099211962
FECHA DE ATENCION: 05/12/24 | DX: | HORA:
EVOLUCION 1: Proceso de escritura, procesos fonatorios adecuados.

FIRMA DEL PROFESIONAL: Erika Rocha | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Rocio Huenda Neb

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento pueda ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les pueda ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En qua caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Ayuntá, D.C. Día: 11 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 09:00

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Juan Felipe Pardo Guio

Documento de Identidad Nº: 1099214547

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 11-12-2024

Hora: 09:00

Nombre y firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C.

1099203203

Testigo
C.C.

Nombre y firma del Psicólogo que realiza
C.C. 1053346948

Tarjeta Profesional
PSICOLOGO
T.P. 295861

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información suficiente, no acepto dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FOR-DI	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/03/2021 | Actualización: 20-07-2023

SERVICIO: Psicología
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Felipe Pardo Gaa | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1098745473
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024 | DX: | HORA: 04:00
EVOLUCION 1

Paciente masculino de 16 años en buen estado general de salud, trastorno de habilidades escolares, conducta tranquila y sigue instrucciones y secuencias. Finaliza aplicando test y tendra finaliza sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

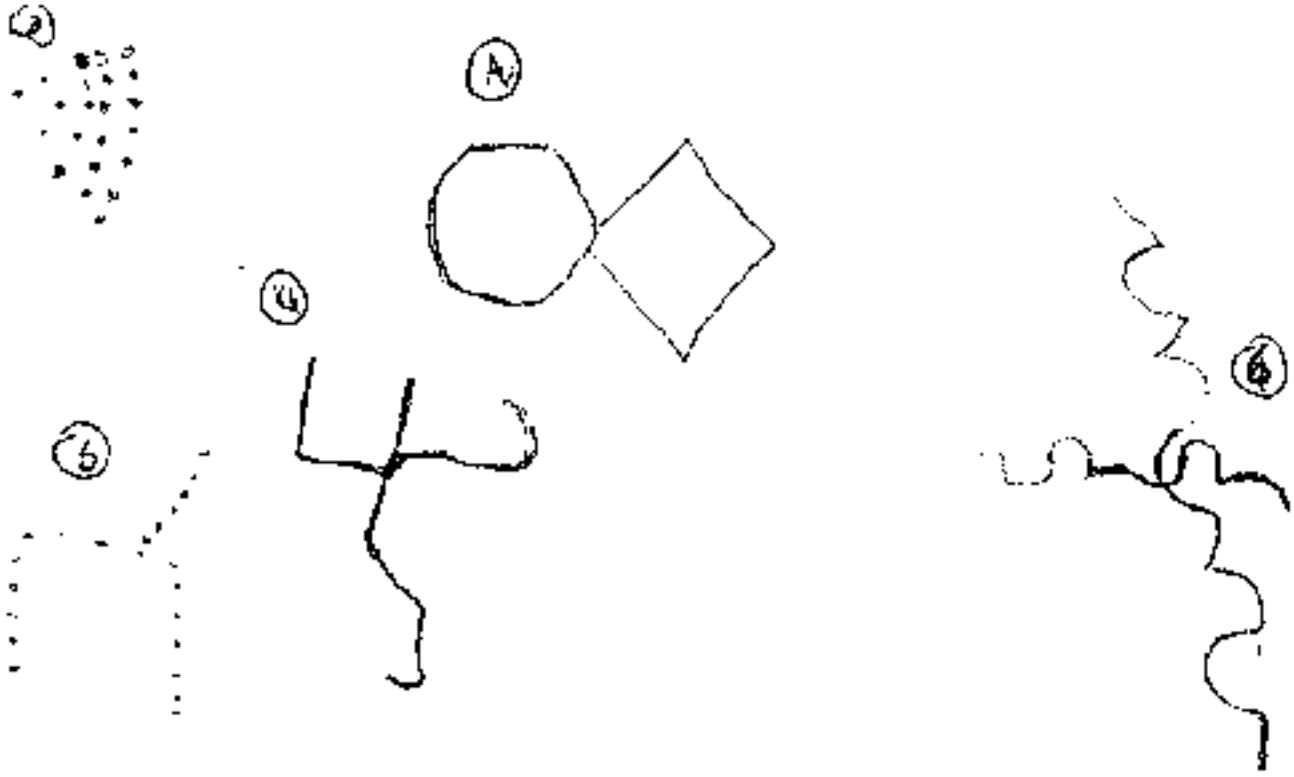
SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE









Juan Felipe Pardo

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: F.M.01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan José Pardo Cano | TIPO ID: TI | NUMERO: 1099284511

FECHA DE ATENCION: 05 | 12 | 24 | DX: | HORA: 5:20

EVOLUCION 9: Familia monoparental, padre fallecio hace un año, el menor vivencia violencia intrafamiliar y disfuncional. Actualmente vive con mamá quien manifiesta que su esposo padrastro es un excelente padre con amor, inculcandole valores y principios. El niño se preocupa por el bienestar de su mamá. Se brindan pautas de cuidado

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 05-12-2024 CIUDAD: Barbosa

Yo María Lurdes Guio Aranda, mayor de edad, identificado con C.C. 1.099.203.083, actuando en nombre propio o como representante legal de Juanfelipe Parda Guio identificado en la C.C. 1.099.214.547.

DECLARO

Que he sido informado hoy 05-12-2024 por la Terapeuta Ocupacional: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Juan felipe Parda Guio.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caidas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento especifico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Omar Vila 050

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1090 20700

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Felipe Pardo Soto		TIPO ID:	NUMERO: 1099214543
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	DX:	HORA: 4:30	
EVOLUCION 9: Profesa paciente en buen estado de salud. Presenta baja tolerancia a la frustración y comportamientos desafiantes/ opositores, lo cual limita su desempeño en las áreas familiares, escolares y sociales. Manifiesta dificultad para expresar sus emociones, dificultades, a nivel escolar.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo María Jacket Cano Acosta, mayor de edad, identificado con C.C. 1071 603 983 actuando en nombre propio o como representante legal de Juan Felipe Ruido Cano Identificado en la C.C 1071 214 549

DECLARO

Que he sido informado hoy 11-Dic-2024 por la Terapeuta: Erika Michel Rincón Pachón sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: T.L

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como. la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ● Acepto de Conformidad
- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1'053 [illegible]

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: H-M-01	Version: 1 | Fecha Aprobacion: 01/05/2021 | Actualizacion: 20-07-2023

SERVICIO: Lenguaje Auditivo
NOMBRE DEL PACIENTE: Catalina Isabel Ruiz Soto | TIPO ID: TI | NUMERO: 1094214587
FECHA DE ATENCION: 11 - dic - 2024 | DX: T.del lenguaje | HORA: 4:41 pm.
EVOLUCION 1: Cumple protocolo, Asiste, Asertiva, no presenta la R. terapia de lenguaje, Anamnesis bien, No complicaciones en el embarazo.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que están en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, pueda ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijados por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o. numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 20 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 10:30 A.M.

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Nicolas Pasto Valencia

Documento de Identidad Nº: 1013786010

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 20-12-2024

Hora: 10:30 AM

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 1043-90908

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. Nº o TP
C.C. 1052346744

Testigo
C.C.

Paula Daniela Alarcón
Cel: 324 223 50 48
PSICOLOGO
T.P. 219861

NO CONSENTIMIENTO
Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Codigo: FMAQ	Version:	Fecha Aprobación: 01/06/202	Actualización: 20-08-2021

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Nicolas Pesca Valentina TIPO ID: T.I NUMERO: 1013186010
FECHA DE ATENCION: 20-12-2024 DX: HORA: 10:30 Am
EVOLUCION 1: Paciente de 13 años de edad En buen estado de salud acude con cuidador, presenta conductas estereotipadas con diagnostico de espectro del autismo con episodios epilepticos, tiene buen contacto visual, Sin alteraciones, finaliza Sesión Sin Complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID. NUMERO
FECHA DE ATENCION: DX. HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX. HORA
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 20-12-24 CIUDAD: Barbosa, Santander.

Yo Andrea García, mayor de edad, identificado con C.C 1.091.209.008, actuando en nombre propio o como representante legal de Nicolas Prieto Velandia identificado en la C.C 1013128010

DECLARO

Que he sido informado hoy 20 - Diciembre - 24 por la Terapeuta Ocupacional: Katemine Juliana Flores sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Autismo.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requenr según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos.

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISCAP

NIT 901196421

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- [x] Acepto de Conformidad
- [ ] NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099209008

Terapeuta Ocupacional
T.P. 1094277708
FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1094277708

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Angeles Puerto Yolanda		TIPO ID: T.C	NUMERO: 1.013. 128.010
FECHA DE ATENCION: 20 - 12 - 24	DX: F840	HORA: 9:30 am.	
EVOLUCION 1: Usuaria ingresa en buenas condiciones, se realiza valoración donde se evidencia alteración en el lenguaje, habilidades para la vida e independencia, la intervención se direcciona a la exploración e integración de intereses y habilidades para mejorar su capacidad de desempeño.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FAM-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/09/2021 | Actualización: 27-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 5:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901156411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Islenay Andrea García Espitia, mayor de edad, identificado con C.C. 1049924108 actuando en nombre propio o como representante legal de Nicolas Pertuz Velandia identificado en la C.C 1013128010.

DECLARO

Que he sido informado hoy 20-dic-2024 por la Terapeuta: Carmen Michel Redondo sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Cuadro no verbal

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ☑ Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1049206008

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1'053.333.158

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMED	Version:	Fecha Aprobacion: 01/09/2022	Actualizacion: 01/09/2022

SERVICIO: Lenguaje
NOMBRE DEL PACIENTE: Nicolas Aleto Verganza TIPO ID: TI NUMERO: 1013178010
FECHA DE ATENCION: DX: QUIRURGICO HORA:
EVOLUCION 1: Acude de 1ra vez, no escolarizado, no verbal, no escribe dice 5 palabras, comentan con pregramo, se remite T. de lenguaje y fonoaudiologia.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 5

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 6

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 7

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 8

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: HAv-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/03/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Nicolas Pulido Velandia		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1013572010
FECHA DE ATENCION: 26/12/24	DX:	HORA: 9:10 am	
EVOLUCION 9: Nicolas es otro, ingresa en adecuado condiciones de salud. Actualmente no se encuentra expectorando. Igualo conjunto y extenso. Auditivo. No hay enfermedades de base pero es portador no convencional (x) Orden en pro de su bienestar.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCIÓN 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCIÓN 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCIÓN 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera debe ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 09 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 12:00 PM

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Daisy Koory Martinez

Documento de Identidad Nº: 1300494203

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 09-12-2024

Hora: 12:00 PM

Linda Katerine Alvarez

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

C.C. 1053346948

Testigo

C.C.

ASI CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información señalada, he decidido dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

OSNICAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FA-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01-03-2024	Vigente desde: 01-03-2024

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Daley Keny Martinez TIPO ID: T.I NUMERO: 1300443203
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024 DX: HORA: 10:00am
EVOLUCION 1:

Ingresa paciente en buenas condiciones generales de salud, Paciente de 17 años de edad receptiva en Seguir instrucciones y secuencialidad, finaliza sesión sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"
DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: F-MD-07	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/08/2017	Aplicabilidad: 2017

SERVICIO: T. Ocupacional
NOMBRE DEL PACIENTE: Dalon Martinez TIPO ID: T.I NUMERO: 1130544208
FECHA DE ATENCION: 08/12/24 DX: HORA:
EVOLUCION 1:
Se realiza valoración en la que se evidencia adecuados aspectos en la articulación. No se evidencian fuerzas en el sistema tonatono.

FIRMA DEL PROFESIONAL Sinna Pachón FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Linda Katerine Alvarez C.

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISXCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: FMED1	Version:	Fecha Aprobacion: 01/05/2024	Actualizacion: 27-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Daloy K. Martinez TIPO ID: T.I NUMERO: 1130599703
FECHA DE ATENCION: 09-12-24 DX: HORA:
EVOLUCION 1: Ingresa Paciente en buen estado general de Salud Se toma Valoracion en movilidad fuerza y equilibrio, Sin contracturas musculares. Finaliza Sesion con exito.

FIRMA DEL PROFESIONAL [signature] FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Linda Katerine Alvarez G.

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD"

DISCAP S.A.S

GESTION DE CALIDAD

FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Codigo: F-M-G-	Version:	Fecha Aprobacion: vie, 03/07/20	Actualizacion: 03/07/2020

SERVICIO: T. Ocupacional

NOMBRE DEL PACIENTE: Daisy Karil Martinez TIPO ID: T.I NUMERO: 1130944203

FECHA DE ATENCION: 04-12-24 DX: HORA:

EVOLUCION 1:

Se realizo valoración en la que se trabaja funciones ejecutivas demostrando un buen desempeño en la coordinación bimanual

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Linda Katerine Alvarez G.

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:

FECHA DE ATENCION: DX: HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiere deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el procaso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LIMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted esté asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006. dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benefico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 05 Mes Diciembre Año: 2024 Hora: 02:30

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE Jeison Andrey Galvis

Documento de Identidad Nº: 1.099 558 379

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 05-12-2024

Hora: 02-30

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o T.P.
C.C. 1053346948

Testigo
CC. 1094953072

Dra: Yuritza Mora
Cel: 324 220 40 43
PSICOLOGO
T.P. 218861

NO CONSENTIMIENTO
Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: F-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09 2023

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Jesus Andrey Galvis | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1.099.664.324

FECHA DE ATENCION: 06-12-2024 | DX: | HORA: 2:30

EVOLUCION 1:

Paciente ingresa en buenas condiciones Paciente masculino 6 años de edad, diagnosticado con espectro de autismo, presenta contacto visual comportamiento estereotipados. No presenta secuencialización finalidad sesión sin complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | Jesus Galvis
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCIÓN 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCIÓN 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCIÓN 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: F-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			

FIRMA DEL PROFESIONAL	**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

DISCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 5-12-2024 CIUDAD: barbosa santander

Yo Jeison Gaviria, mayor de edad, identificado con C.C. 1099553077, actuando en nombre propio o como representante legal de Jeison andres Gaviria usme identificado en la C.C 1099553077

DECLARO

Que he sido informado hoy 5 diciembre 2024 por la Terapeuta Ocupacional: _____ sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Jeison andres Gaviria.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISTRICAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Arepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto

Judani Garcia

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1099553072

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISXCAP S.A.S*			
	GESTION DE CALIDAD			
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS				
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualización: 20-09-2023	

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Jeiron Andrey Gaviria U.		**TIPO ID:**	**NUMERO:** 1099.554.329
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 1: Ingresa paciente en buen estado de salud. Dificultad en el lenguaje a nivel expresivo manifiesta lo que desea, pero le falta conjugar frases. A nivel comprensivo entiende indicaciones simples y complejas, pero siente miedo al realizarlas.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Judeiro Gaviria 7044553076	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20/09/2023

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Judani Saavedra Ysme, mayor de edad, identificado con C.C. 709955307z, actuando en nombre propio o como representante legal de Jeiyon Andrei identificado en la C.C. 709955437z

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de saluo y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología ....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico ....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad

- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Judeini Gaviria

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 7099553072

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

Evaluación de Foncaudiologia

Nombre del Paciente: Jerian Andrey Guerra Vame

Edad. 8 años

Género: Masculino

Condición de Discapacidad Diagnostica: Autismo

Fecha: 05/ diciembre /2024

Antecedentes Médicos y Desarrollo

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido alguna complicación durante el nacimiento? Parto por cesarea		x	
2. ¿Ha habido alguna hospitalización o cirugía significativa?			x
3. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño? (gateo, caminar, etc.)	x		
4. ¿Cuándo comenzó a balbucear y decir sus primeras palabras? Comenzó del mismo		x	
5. ¿Hay antecedentes familiares de problemas de comunicación o audición?			x

Evaluación Auditiva

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿El niño ha tenido infecciones de oído frecuentes?			X
2. ¿Reacciona a sonidos fuertes o inesperados? Grita y se esconde.	X		
3. ¿Parece no escuchar bien en ambientes ruidosos?	X		
4. ¿Se queja de dolor o molestias en los oídos?			X

Evaluación Orofacial y de Alimentación

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido problemas para succionar o masticar alimentos? Rechaza el alimento	X		
2. ¿Muestra dificultad para controlar la saliva?			X
3. ¿Presenta movimientos inusuales de la mandibula, labios o lengua? Irregular	X		

Puede o quiere? Completa, no sabe seguir instrucciones
o secuencias,
no sabe vestir, no tiene buena expresión, habla de lento,
con buena comprensión, no sabe nombres palabras,
no sabe medios, conoce, repite varios sonidos, presenta
movimientos involuntarios (después de la cirugía).
Para pelota, y el movimiento bajo

DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S			
	GESTION DE CALIDAD			
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS				
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023	

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Jeron Bodley Gavina		TIPO ID: TI	NUMERO: 1099553042
FECHA DE ATENCION: 05/12/24	DX:	HORA:	
EVOLUCION 9: El mismo en mención ingresa en optimas condiciones de salud se valora terminó con la terapia manual suave, ejercicios de movilidad pasiva para trabajar fuerza muscular			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Jeron Gavina	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 10:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 11:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 12:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estare en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetaré la cita asignada, y no se le asignerá a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Sogoci, D.C Día: 05 Mes: 12 Año: 2024 Hora: 10:10

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Daniela Fernanda Hernandez

Documento de Identidad Nº: 1.090.480.735

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 05-12-2024

Hora: 10:10

Yuri Reyes Corrales
Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento
C.C. 1093944579

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta
R.M. Nº o TP
C.C. 1053316948

Pedro Daniel Villamizar
Cel 323 223 10 48
PSICOLOGO
T.P. 248861

Testigo
C.C.

NO CONSENTIMIENTO
Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES

1/05/2021	ACTUALIZACION: 18-09-2023

FECHA DEL EVENTO:

TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISKCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion:20-09-2023

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Daniela Fernanda Hernandez | **TIPO ID:** T.I | **NUMERO:** 1090446775
FECHA DE ATENCION: 05-12-2024 | **DX:** | **HORA:** 10:15
EVOLUCION 9:

Ingresa Paciente en buenas Condiciones de Salud, durante transcurso de la hora Brinda posible tratamiento de habilidades Emocionales, realiza Sensibilización y seguimiento de instrucciones Terapeuta se aplica test breder. Finaliza Sesión sin Complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Yuvi Rojas

SERVICIO: Psicologia
NOMBRE DEL PACIENTE: Daniela Fernanda Hernandez | **TIPO ID:** T.I | **NUMERO:** 1090446775
FECHA DE ATENCION: 09-12-2024 | **DX:** | **HORA:** 09:50
EVOLUCION 10:

Paciente en buena condición general de Salud, se realizo ejercicios de razonamiento logico, fortalecimiento Solución de problemas, autopercepción y aprendiz. Finaliza Sesión sin Complicaciones

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE** Yuvi Rojas

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**
EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | **TIPO ID:** | **NUMERO:**
FECHA DE ATENCION: | **DX:** | **HORA:**
EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL | **FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: CIUDAD:

Yo Yuri Reyes Gonzalez, mayor de edad, identificado con C.C. 1093911520, actuando en nombre propio o como representante legal de Daniela Fernanda Reyes identificado en la C.C. 1090440275

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta Ocupacional ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Daniela Fernanda Reyes.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISOCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatología: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- Acepto de Conformidad
- NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Yuri Reyes

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1093911529

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

DISCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISKCAP S.A.S GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Daniela fernanda Hernandez		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1098440375
FECHA DE ATENCION: 09-11-2024	DX:	HORA: 10:17 am	
EVOLUCION 6: Ingresa paciente en buen estado de salud. Manifiesta problemas para mantener su atención. Recibe indicaciones simples o complejas, pero no permite ser orientada correctamente. A nivel expresivo: no manifiesta lo que desea y refleja timidez.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Yuli Rocio Gonzalez, mayor de edad, identificado con C.C. 1093911529, actuando en nombre propio o como representante legal de Daniela Fernanda Hernandez identificado en la C.C. 1090442275

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- o Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Wendy Borges

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1093911579

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

Evaluación de Fonoaudiología

Nombre del Paciente: Daniela Fernanda Hernandez

Edad: 15 años.

Género: Femenino

Condición de Discapacidad Diagnostica:

Fecha: 05/ diciembre/2024

Antecedentes Médicos y Desarrollo

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido alguna complicación durante el nacimiento?			X
2. ¿Ha habido alguna hospitalización o cirugía significativa?			X
3. ¿Cómo ha sido el desarrollo motor del niño? (gateo, caminar, etc.)	X		
4 ¿Cuándo comenzó a balbucear y decir sus primeras palabras? Antes del año	X		
5. ¿Hay antecedentes familiares de problemas de comunicación o audición? Por parte del padre la familia (algunos) presentan tartamudeo, y dificultades auditivas.			X

Evaluación Auditiva

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿El niño ha tenido infecciones de oído frecuentes?			X
2. ¿Reacciona a sonidos fuertes o inesperados? depende del sonido		X	
3. ¿Parece no escuchar bien en ambientes ruidosos? Depende del ambiente		X	
4. ¿Se queja de dolor o molestias en los oídos? A veces		X	

Evaluación Orofacial y de Alimentación

Preguntas	Siempre Mucho	A menudo Algo	Nunca Nada
1. ¿Ha tenido problemas para succionar o masticar alimentos?			X
2. ¿Muestra dificultad para controlar la saliva?			X
3. ¿Presenta movimientos inusuales de la mandíbula, labios o lengua?			X

Sigue ordenes simples, tiene un vocabulario de dos pesos, dibuja mejorando, colorea y no se sale rebasando a la hora de pintar.

Tiene dificultad para pronunciar varios sonidos y palabras, en ocasiones sustituye palabras por otras.

Nuestra evaluación al habla, tiene un tono muy bajo

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Codigo: R-A-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia

NOMBRE DEL PACIENTE: Julian Hernandez Bolaño | TIPO ID: TI | NUMERO: 1090490515

FECHA DE ATENCION: 05/12/24 | DX: | HORA: 09:38 AM

EVOLUCION 1: Paciente masculino llega acompañado de madre quien refiere que el es el mayor de tres hijos actualmente estudia en el colegio Villa Colombia. La madre comenta que no genera ningún apego o la autoridad en torno de la menor hablan en medio de sus relaciones se ve afligida pues no tiene contacto con su papá, se explica a la mamá sobre sus signos y síntomas posible bullying

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:

FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS

Código: H-AA-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización 20-07-2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que está fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajusten a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un periodo de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogotá, D.C. Día: 16 Mes: Diciembre Año: 2024 Hora: 11:30 Am

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: Kendra Samuel Hernandez Gomez

Documento de Identidad Nº: 1150492139

Nº de Historia Clínica: _____

Fecha de Diligenciamiento: 12-12-2024

Hora: 11:30 am

Leidy Tatiana Gomez

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C. 1099607371

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

R.M. AR o TP

C.C. 1033469448

Testigo

C.C.

Pedro Daniel Ortiz Lanza
Cel: 324 223 50 23
PSICOLOGO
T.P. 238881

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento:

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion 20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE: Yender Samuel Hernandez G.		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1130457619
FECHA DE ATENCION: 12-12-2023	DX:	HORA: 11:30 Am	
EVOLUCION 1:			
Paciente masculino de 11 años de edad en buen estado de salud y de aspecto fisico cuidado. Se evidencia atención en sostenimiento y seguimiento de instrucciones. Se evidencia patrones de impulsividad y patrones de ansiedad. Finaliza Sesión sin complicaciones.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		Leidy Tatiana Gomez FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS
[illegible]	Version: 1 | Fecha Aprobación: 01/05/2021 | Actualización: 20-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

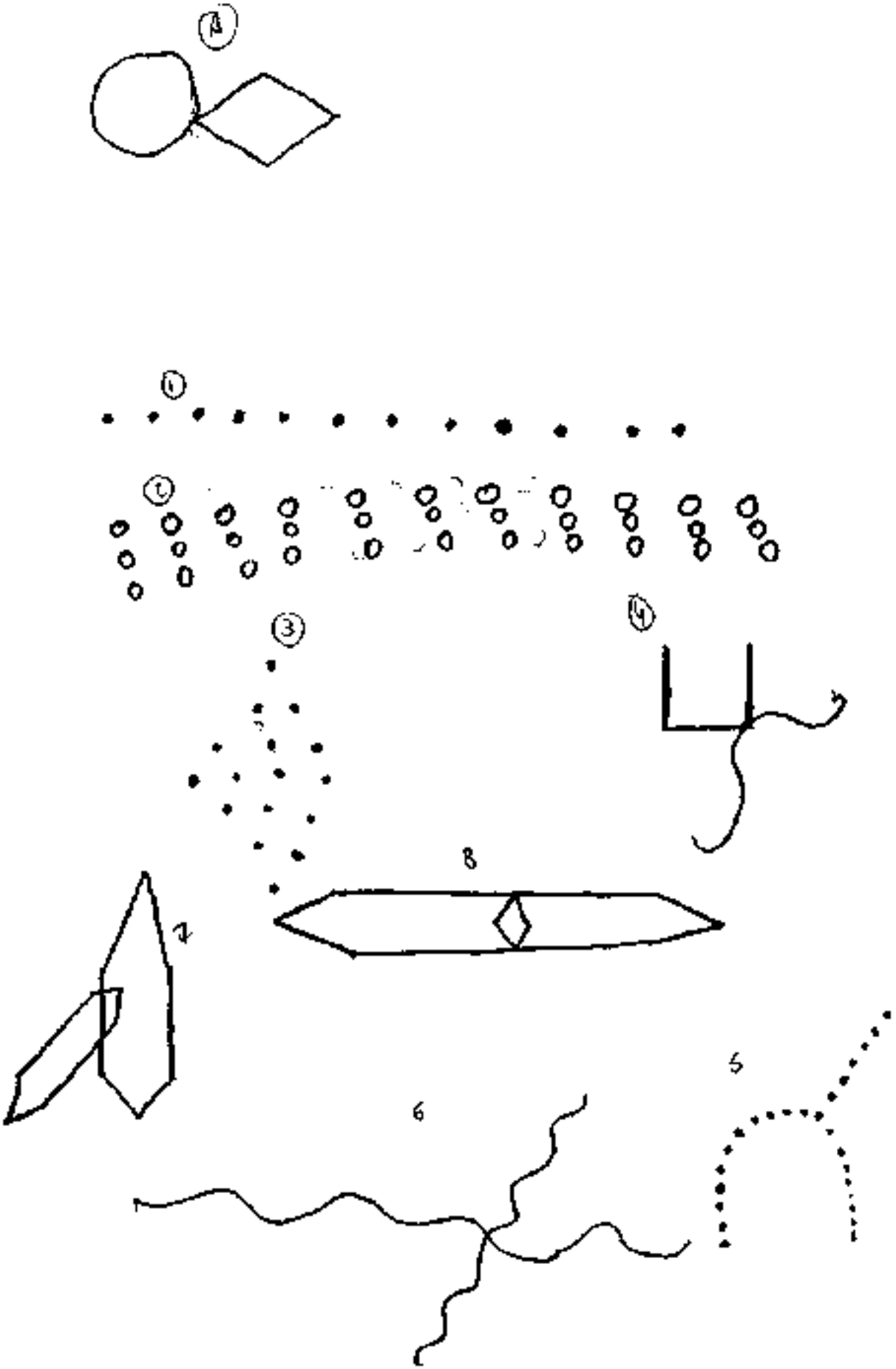
SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Kender Samuel Hernandez Gomez





NIT 901196431

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: CIUDAD:

Yo Leidy Tatiana Gomez, mayor de edad, identificado con C.C. 1092073771, actuando en nombre propio o como representante legal de Andres Felipe Hernandez G. identificado en la C.C1098216421.
Juan Nicolas Hernandez G 1099214745
Kender Samuel Hernandez G **DECLARO** 1130044218

Que he sido informado hoy 12-dic-2024 por la Terapeuta: Diana Pachon Ruchon sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: Andres (dislexia - Kender - Juan Nicolas) disgrafia - T.L.

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir segun mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios prácticos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Broncoaspiración
- Lesión Cavidad Oral
- Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- Caidas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- Atragantamiento con objetos terapéuticos u aparatos de ortodoncia
- Hiperventilación
- Mareo
- Irritabilidad
- Vértigo
- Vómito
- Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- ◆ Acepto de Conformidad

- ○ NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Leidi Tatiana Gomez
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C. 1090207371

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1033.337.138

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Codigo: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion 20 09 2023

SERVICIO: Lenguaje			
NOMBRE DEL PACIENTE: Kevin Samuel Hernandez G		TIPO ID: T. I	NUMERO: 1130 478
FECHA DE ATENCION: 2-dic-2023	DX: Disgrafia	HORA: 9:15 am	45 min
EVOLUCION 1: confunde palabras p con la g, escribe correctamente bien. terapia de lenguaje			
FIRMA DEL PROFESIONAL: Carmen Reyes		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Tatiana Gomez	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: FHAG01	Versión: 1	Fecha de Actualización: 01/03/2021	Actualización: 20-05-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: Luis M Andrey Felipe Hernandez TIPO ID: T.I NUMERO: 1099216421
FECHA DE ATENCION: 2-dic-2024 DX: T. lenguaje HORA: 9:40 a.m.
EVOLUCION 6: Confunde la d con la b, ocasionalmente muy bien
Se registra Felipe de lenguaje.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

DISXCAP

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA: 12-12-24 CIUDAD: Barbosa - Santander

Yo Leidy Juliana Gomez, mayor de edad, identificado con C.C. 1094.207.371, actuando en nombre propio o como representante legal de Kender Samuel Hernandez Gomez identificado en la C.C. 1.190.044.218

DECLARO

Que he sido informado hoy 12-Diciembre-24 por la Terapeuta Ocupacional: Katerinne Juliana Flores Gamboa sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de:

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Termoterapia
- Masaje manual, Vibración
- Movilizaciones articulares pasivas y activas
- Estiramientos pasivos y activos
- Balonterapia
- Técnicas de Facilitación e inhibición de tono muscular
- Facilitación de adopción y mantenimiento de posiciones
- Integración Sensorial
- Educación al Paciente y al Cuidador
- Plan Casero
- Otros:

Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante en mi cumplimiento a las sesiones e indicaciones terapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina. Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención de Terapia Ocupacional que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- Quemadura
- Enrojecimiento de la piel
- Mareo
- Caídas o Golpes por traslados y desplazamientos
- Incremento del dolor
- Fatiga muscular
- Sincinecias o asimetría facial
- Irritabilidad / llanto
- Hipotensión ortostática
- Convulsiones y/o Crisis hipertensivas

DISOCAP

NIT 901196421

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Aumento de la sintomatologia: .....
- Otros:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA OCUPACIONAL** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- [x] Acepto de Conformidad
- [ ] NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Leidy Tatiana Gomez.
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
cc.1099207371

FIRMA PROFESIONAL
C.C. 1010[illegible]708

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: R-MOI	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Terapia Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Lender Samuel Hernandez Gomez		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.130.044.246
FECHA DE ATENCION: 12-12-24	DX:	HORA: 9:30 am	
EVOLUCION 1: Ingresa usuario en buenas condiciones, se realiza valoración donde se evidencia alteración en la planeación y organización de una tarea, donde se le dificulta la interacción con el medio, la intervención se direcciona a Fortalecer las funciones ejecutivas. Se finaliza la sesión, no se presenta evento adverso.			
FIRMA DEL PROFESIONAL:		Leidy Tatiana Gomez FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISKCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: [illegible]	Versión: 1 / Fecha Aprobación: 01/05/2021 / Actualización: 20-05-2022

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: H-M-01	Versión: 1 | Fecha Aprobación: 01/08/2021 | Actualización: 23-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia
NOMBRE DEL PACIENTE: Xavier Samuel Hernandez | TIPO ID: T.I | NUMERO: 1130044218
FECHA DE ATENCION: 12-12-24 | DX: | HORA:
EVOLUCION 1:
Ingresa el menor en perfectas condiciones de salud, NO requiere de servicios de Fisioterapia. Sin embargo se realizan ejercicios para llevar a cabo en casa

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE Leidy Tatiana Gomez

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 2.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: | TIPO ID: | NUMERO:
FECHA DE ATENCION: | DX: | HORA:
EVOLUCION 4.

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las reglas de funcionamiento de acuerdo con lo especificado en las políticas del Ministerio de Protección Social y del Colegio Colombiano de Psicólogos, sobre los derechos de los pacientes. Aunque este documento puede ser un poco largo, es muy importante que lo lea y lo entienda. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto. Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia psicológica es una relación entre personas que trabajan profesionalmente en colaboración en búsqueda del objetivo común de mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del consultante. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como consultante. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia Usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica tiene al mismo tiempo beneficios y riesgos. Como en el proceso terapéutico con frecuencia es necesario hablar o enfrentar aspectos dolorosos, los riesgos pueden incluir la posibilidad de sentir sensaciones desagradables o incómodas, como, por ejemplo, malestar, ansiedad, tristeza, rabia o frustración, entre otras. Sin embargo, las terapias psicológicas que están basadas en evidencia han demostrado en múltiples estudios de investigación que tienen efectos benéficos para las personas que llevan a cabo el proceso y cumplen con las indicaciones. La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarle a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados. Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, como consultante, tiene el derecho de conocer las ventajas y desventajas de los distintos procedimientos de tratamiento con base en evidencia que les puedo ofrecer, para que pueda tomar una decisión informada, y si lo acepta, se compromete a cumplir con las indicaciones debidamente fundamentadas del terapeuta. En el caso de que la intervención que requiera deba ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

Por lo anterior, al final de la primera sesión haré una descripción de los posibles factores que contribuyen a la situación actual y las características, estilo reglas y condiciones del tratamiento, con el objetivo de proporcionar la información necesaria para que Usted pueda tomar libremente la decisión de proseguir o no con el tratamiento con base en el grado en el que se ajusta a sus expectativas y preferencias personales. Por lo general, en las siguientes 2 o 3 sesiones, realizamos una evaluación exhaustiva de su contexto, estilo de vida, estado psicológico e historia personal pertinente, así como de sus necesidades y, con base en eso, acordaremos en forma conjunta los objetivos específicos de trabajo, así como los indicadores concretos de progreso. Al final de la evaluación, discutiremos la formulación clínica sobre la naturaleza y causas de su condición particular, sus necesidades específicas y sus valores y objetivos vitales, que

servirán de guía en el proceso de planeación, diseño y evaluación del proceso terapéutico. Es importante que en ese momento haga una ponderación sobre mi estilo personal de interacción y el tipo y método de tratamiento se ajustan a sus preferencias personales. Aunque no es posible conocer de antemano el número de sesiones, hay un claro compromiso por mi parte, de que el tratamiento tenga la mínima duración necesaria para lograr los objetivos propuestos. Por lo general, dependiendo de la naturaleza del problema, y de las condiciones de aplicación, el tratamiento puede tener algunos meses de duración. Por mi parte, estaré en completa disposición de responder las preguntas sobre el procedimiento que puedan surgir, y en caso de que decida terminar el proceso unilateralmente, está en completa libertad de hacerlo en el momento que lo desee.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 24 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no asistir a una sesión sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de llegar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En que caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del consultante. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Al firmar este Consentimiento informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGIA

Bogota, D.C. Día: 11 Mes: 12 Año: 2024 Hora 12-40.

ACTUANDO EN NOMBRE DE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE Reyna Samed Rojas

Documento de identidad Nº 1077213514

Nº de Historia Clínica:

Fecha de Diligenciamiento: 11-12-2024

Hora: 12:40

Laura Cadena

Nombre o firma de la persona que otorga el consentimiento

C.C.

Nombre o firma del Psicólogo que lo ejecuta

C.C. 1033546948

Testigo

C.C.

Dario David Martinez
Cel: 324 223 50 33
PSICOLOGO
T.P. 248883

NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que, habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

OBSERVACIONES:

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	

Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/202	Actualización 20-09 2023

SERVICIO: Psicología

NOMBRE DEL PACIENTE: Keiker Samuel Rojas C.		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1033134513
FECHA DE ATENCION: 11-12-2023	DX:	HORA: 12:30	

EVOLUCION 5:

Paciente masculino de 9 años de edad en buen estado de salud, Paciente con Trastorno de la habilidades escolares, TDAH Disfuncional para Secuenciación, Finaliza Sesión Sin Complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Paciente Cómez
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCIÓN 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:

NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCIÓN:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 8:

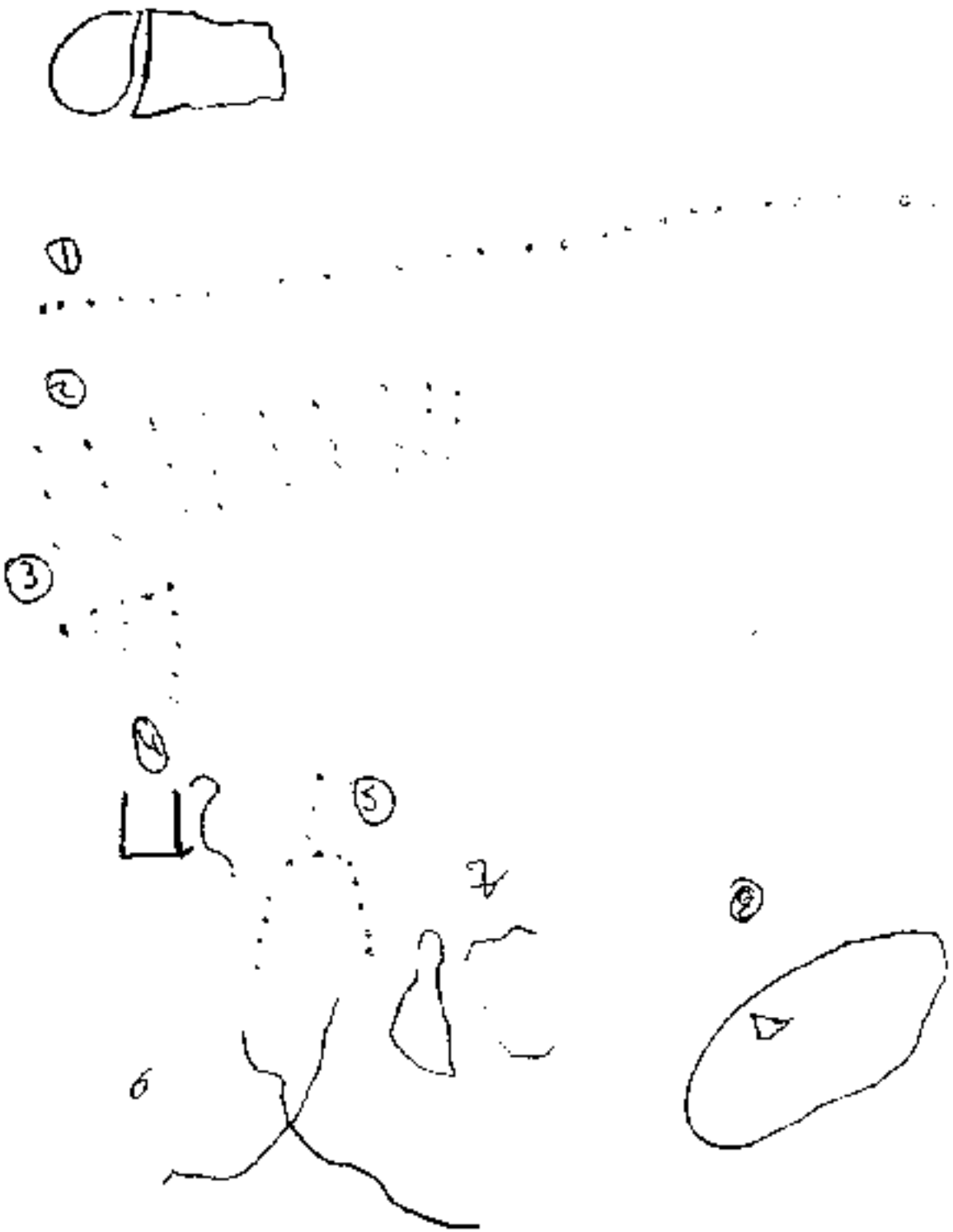
FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/06/2021	Actualización:20-09-2023

SERVICIO: Psicología			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 1:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

A.



Reiker Samuel Rojas Chavez 9años

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA: 11-12-2024 CIUDAD:

Yo Laura Gómez, mayor de edad, identificado con C.C. ..... actuando en nombre propio o como representante legal de Reyber Samuel Rojas identificado en la C.C. 1.092.355.114.

DECLARO

Que he sido informado hoy ..... por la Terapeuta: ..... sobre el plan de tratamiento considerado el adecuado para el diagnóstico médico de: .....

BENEFICIOS: El plan terapéutico propuesto contribuye a mejorar diferentes habilidades tales como: la técnica del habla, lo que brina mayor seguridad en el proceso de comunicación con los otros individuos, disminuyendo los problemas de lenguaje social, emocional y académico. Para los niños con problemas de lectura como la dislexia, la terapia del habla puede ayudarlos a escuchar y distinguir sonidos específicos en las palabras: la palabra bat se divide en los sonidos de las letras "b", "a" y "t". Esto puede mejorar las comprensión de la lectura y fomentar que los niños lean. La terapia del habla es especialmente beneficiosa cuando los niños la comienzan a temprana edad.

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica procedimientos de diferente naturaleza como:

- Masaje manual y/o vibratorio
- Ejercicios práxicos
- Ejercicios articulatorios
- Ejercicios de Relajación
- Ejercicios de respiración
- Masaje endo y exobucal
- Ejercicios perceptuales
- Ejercicios de comprensión de lenguaje
- Ejercicios de expresión

NIT 901196411

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Que teniendo en cuenta mi condición de salud y el plan de intervención que se me va a realizar, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:

- o Broncoaspiración
- o Lesión Cavidad Oral
- o Aspiración de aplicadores o baja lenguas
- o Caídas /golpes por los traslados y/o desplazamientos
- o Atragantamiento con objetos terapéuticos o aparatos de ortodoncia
- o Hiperventilación
- o Mareo
- o Irritabilidad
- o Vértigo
- o Vómito
- o Convulsiones o Crisis Hipertensivas
- o Aumento de la sintomatología .....

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención prestada.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención en **TERAPIA DE LENGUAJE** que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realice los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me han informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento para el procedimiento específico .....
Y de las consecuencias posibles de esta determinación.

- o Acepto de Conformidad
- o NO Acepto a los procedimientos y me responsabilizo por las consecuencias de no realizar el tratamiento propuesto.

Paula Gómez

FIRMA PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA PROFESIONAL
C.C.

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: H-M-01	Version: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualizacion 20-09-2023

SERVICIO: Lenguaje			
NOMBRE DEL PACIENTE: Keiko Samel Rojas Chaux		TIPO ID: TI	NUMERO: 1037383587
FECHA DE ATENCION: 11 - dic - 2024	DX: Trastorno	HORA: 12:00 pm	
EVOLUCION 1: atraso del aprendizaje, terapia de lenguaje, terapia en casa de rehabilitación Ha C.			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 2:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 3:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	
EVOLUCION 4:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S
	GESTION DE CALIDAD
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS	
Código: FOR-GTI-01	Versión:	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 21-09-2023

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Luz Sanchez Enriquez TIPO ID: T.I NUMERO: 1077243529
FECHA DE ATENCION: 11 - Dic - 2024 DX: HORA: 11:14 am
EVOLUCION 5: Se dispone en clue, tiene buena interpretacion al cuento, Ahumismo y un problema en el peinado, + dispuesto bien

FIRMA DEL PROFESIONAL: Carmen Pachon
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: Maria Sanchez E.

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 6:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 7:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:
NOMBRE DEL PACIENTE: TIPO ID: NUMERO:
FECHA DE ATENCION: DX: HORA:
EVOLUCION 8:

FIRMA DEL PROFESIONAL
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Francisco Paulo

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CAUDAD		
	FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS		
Código: FMM01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: Fisioterapia			
NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel Lopez Chavez		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1077471351
FECHA DE ATENCION: 09/12/24	DX:	HORA: 04:40	

EVOLUCION 1:
Usuario asiste a sesión en adecuadas condiciones de salud es hijo menor de 4 hijos del hogar. Acuerdo violencia intrafamiliar familia monoparental, padre ausente, no hay un estilo parental definido influyendo en el desarrollo emocional de Samuel. No hay factores de cuidado establecidos ni espacios para la negociación se facilitan pautas de cuidado para que sean implementados

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 2:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 3:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 4:

FIRMA DEL PROFESIONAL | FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" *DISKCAP S.A.S*		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/202	Actualizacion 30 09 2023

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 5:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 6:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 7:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	
SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		**TIPO ID:**	**NUMERO:**
FECHA DE ATENCION:	**DX:**	**HORA:**	
EVOLUCION 8:			
FIRMA DEL PROFESIONAL		**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE**	

	"QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD" DISXCAP S.A.S		
	GESTION DE CALIDAD		
FORMATO DE EVOLUCIONES MEDICAS			
Código: H-M-01	Versión: 1	Fecha Aprobación: 01/05/2021	Actualización: 20-09-2023

SERVICIO: T. Ocupacional			
NOMBRE DEL PACIENTE: Reiker Samuel Rojas C.		TIPO ID: T.I	NUMERO: 1.092.213.517
FECHA DE ATENCION: 11-12-2024	DX:	HORA: 12:40 pm	

EVOLUCION 9:
Ingresa paciente en buen estado de salud, presenta alteraciones a nivel escolar desde hace 9 años, problemas para mantener su atencion. se observa dificultad en el lenguaje: a nivel expresivo manifiesta lo que desea, pero le falta conjugar frases. A nivel comprensivo: atiende indicaciones simples y complejas, pero no se permite realizarlas.

FIRMA DEL PROFESIONAL	Laura Gomez FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 10:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 11:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

SERVICIO:			
NOMBRE DEL PACIENTE:		TIPO ID:	NUMERO:
FECHA DE ATENCION:	DX:	HORA:	

EVOLUCION 12:

FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 13/12/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901196411	**Cédula Usuario:**	CC 7229759
Nombre:	QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP S.A.S				
Dirección:	KR 8 19 76				
Departamento:	BOYACA		**Municipio:**	CHIQUINQUIRA	
Correo electrónico:	RONALSANCHEZ323@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3164430625		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3861001 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCION DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE MEDICOS Y ABARCA: LA ATENCION ODONTOLOGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCION DE INTERNACION; EL SERVICIO DE PERSONAL MEDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA: REHABILITACION (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, NUTRICION, F				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 7229759	FREDY ERNESTO BECERRA SOLANO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	4	14/12/2024	CC 1002526440	LUGO CAICEDO JOSE	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

9DAAB5F3E031D2DC1EB607E629FBE8B6 Certificado impreso el día 12/13/2024 12:41:30 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA

JOSE HERNANDO
LUGO CAICEDO
1002526440

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP S.A.S
901196411

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 13/12/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901196411	**Cédula Usuario:**	CC 7229759
Nombre:	QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP S.A.S				
Dirección:	KR 8 19 76				
Departamento:	BOYACA		**Municipio:**	CHIQUINQUIRA	
Correo electrónico:	RONALSANCHEZ323@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3164430625		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3861001 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCION DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE MEDICOS Y ABARCA: LA ATENCION ODONTOLOGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCION DE INTERNACION; EL SERVICIO DE PERSONAL MEDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA: REHABILITACION (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, NUTRICION, F				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 7229759	FREDY ERNESTO BECERRA SOLANO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	7	14/12/2024	CC 23496211	ORTIZ ZARATE NANCY	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

9DAAB5F3E031D2DC1EB607E629FBE8B6 Certificado impreso el día 12/13/2024 12:55:59 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA

NANCY YANETH
ORTIZ ZARATE
23496211

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP S.A.S
901196411

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 13/12/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901196411	**Cédula Usuario:**	CC 7229759
Nombre:	QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP S.A.S				
Dirección:	KR 8 19 76				
Departamento:	BOYACA		**Municipio:**	CHIQUINQUIRA	
Correo electrónico:	RONALSANCHEZ323@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3164430625		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3861001 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCION DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE MEDICOS Y ABARCA: LA ATENCION ODONTOLOGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCION DE INTERNACION; EL SERVICIO DE PERSONAL MEDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA: REHABILITACION (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, NUTRICION, F				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 7229759	FREDY ERNESTO BECERRA SOLANO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	5	14/12/2024	CC 1053345897	SIERRA RODRIGUEZ JENNY	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

9DAAB5F3E031D2DC1EB607E629FBE8B6 Certificado impreso el día 12/13/2024 12:45:23 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA

JENNY VIVIANA
SIERRA RODRIGUEZ
1053345897

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP S.A.S
901196411

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 13/12/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901196411	**Cédula Usuario:**	CC 7229759
Nombre:	QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP S.A.S				
Dirección:	KR 8 19 76				
Departamento:	BOYACA		**Municipio:**	CHIQUINQUIRA	
Correo electrónico:	RONALSANCHEZ323@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3164430625		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3861001 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCION DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE MEDICOS Y ABARCA: LA ATENCION ODONTOLOGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCION DE INTERNACION; EL SERVICIO DE PERSONAL MEDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA: REHABILITACION (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, NUTRICION, F				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 7229759	FREDY ERNESTO BECERRA SOLANO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	6	14/12/2024	CC 1094277708	FLOREZ GAMBOA KATERINNE	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

9DAAB5F3E031D2DC1EB607E629FBE8B6 Certificado impreso el día 12/13/2024 12:53:01 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA

KATERINNE JULIANA
FLOREZ GAMBOA
1094277708

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP S.A.S
901196411

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 13/12/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901196411	**Cédula Usuario:**	CC 7229759
Nombre:	QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP S.A.S				
Dirección:	KR 8 19 76				
Departamento:	BOYACA		**Municipio:**	CHIQUINQUIRA	
Correo electrónico:	RONALSANCHEZ323@HOTMAIL.COM				
Teléfono:	3164430625		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3861001 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCION DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE MEDICOS Y ABARCA: LA ATENCION ODONTOLOGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCION DE INTERNACION; EL SERVICIO DE PERSONAL MEDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA: REHABILITACION (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, NUTRICION, F				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 7229759	FREDY ERNESTO BECERRA SOLANO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	8	14/12/2024	CC 46450212	COCA CHINOME AURA	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

9DAAB5F3E031D2DC1EB607E629FBE8B6 Certificado impreso el día 12/13/2024 1:04:47 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

AURA LUCIA
COCA CHINOME
46450212

QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP S.A.S
901196411

CERTIFICACION DE PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DEL PAGO DE OBLIGACIONESAL

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Señores

ALCALDIA MUNICIPAL
BARBOSA SANTANDER
CRA 8 No 7-15

Asunto: Certificación de paz y salvo por concepto del pago de obligaciones al Sistema de Seguridad Social y aportes Parafiscales

El suscrito revisor fiscal, certifica que la sociedad QUITALE EL DIS A SU CAPACIDAD DISXCAP identificada con NIT. 901.196.411-3, se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere, durante los últimos seis (6) meses.

Lo anterior para cumplir lo establecido en el art. 50 de la ley 789 de 2002 y la ley 1150 de 2012.

En caso de presentar acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, deberá precisarse el valor y el plazo previsto para el acuerdo de pago, con indicación del cumplimiento de esta obligación.

La presente se expide a los 23 días del mes de diciembre del año 2024, en Chiquinquirá.

Cordialmente,

Revisor Fiscal



RONAL ABEL SÁNCHEZ P.
CONTADOR PUBLICO
TP. No 181595 T