Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLÍTICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
BITÁCORA - REGISTRO DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 05-2025**

DATOS PERSONALES DEL USUARIO				
NOMBRES - APELLIDOS	LUZ MARYORY SANCHEZ			**EDAD:** 60
CEDULA USUARIO(A)	51759092	**FECHA SEGUIMIENTO: D:** 03 **M:** 11 **AÑO:** 2025		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	MZ 2 CS 32 TOKIO		**TELÉFONO:** 3144131578	
JORNADA	**AM:** **PM: X**	**GRUPO:**	**AMARILLO: __X__ AZUL: _____ ROJO: ___**	

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA:

Reducir el dolor y la inflamación asociada a los segmentos discales comprometidos, mejorar la movilidad y estabilidad de la columna vertebral y fortalecer musculatura profunda del tronco.

En la Fisioterapia para la población Adulta Mayor, el Educar, Mantener y Mejorar las funciones básicas de: Equilibrio. Movilidad y Fuerza Muscular, son aspectos importantes para la ejecución efectiva de las AVD – AIVD – AAVD, estas evaluadas en términos de FUNCIONALIDAD, es decir, con "AUTONOMIA e INDEPENDENCIA". El seguimiento en Fisioterapia es determinante para monitorear la evolución de los procesos del usuario del programa, ajustar la atención brindada según sea necesario y garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos; finalmente ayuda a identificar posibles problemas, optimizar la recuperación y mejorar la calidad de vida del usuario.

Del 03 de noviembre al 30 de noviembre Se realizan ejercicios para mejorar la movilidad articular, ejercicios de estabilidad lumbar y fortalecimiento de los músculos paravertebrales, usuario manifiesta dolor intenso en zona cervical y hombros, se realiza terapia sedativa para manejo del dolor con tens.

COMPROMISOS Y TAREAS PARA SEGUIR. SEGÚN RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

1. Realizar movilización articular suave y estiramientos.
2. Enseñar higiene postural para sentarse, dormir y cargar objetos
3. Realizar pausas activas si está mucho tiempo de pie o sentado.

Mariana Vargas

_____ _1004519883_____

NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE **N° TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL**