



HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 22464057

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-06-21

DATOS DEL PACIENTE

| | | |
|---|--|------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO CC | DOCUMENTO NÚMERO 22464057 | |
| PRIMER NOMBRE ANA | SEGUNDO NOMBRE JOSEFINA | |
| PRIMER APELLIDO LERMA | SEGUNDO APELLIDO FERNANDEZ | |
| FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 1977-12-17 | EDAD: 44 AÑOS | ESTADO CIVIL CASADA |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CALLE 11C # 73 - 82 | TELÉFONO: 3134701907 | |
| SEXO FEMALE | EPS SALUD TOTAL | |
| OCUPACIÓN DEL PACIENTE EMPLEADA | | |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE | TELÉFONO 3002661491 | PARENTESCO ESPOSO |
| MÉDICO TRATANTE EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ | DIAGNOSTICO MÉDICO ENFERMEDADES DE LA TRÁQUEA Y BRONQUIOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE, MANEJO DE HIGIENE POSTURAL, MANEJO ESPASMO MUSCULAR DE CINTURA ESCAPULAR | |

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

| |
|---|
| . |
|---|

ANTECEDENTES

| | |
|--|----------------------------------|
| MÉDICO PATOLÓGICO | QUIRURGICOS |
| BRUXISMO, | TERIGIO DE OJO DERECHO, CESAREA, |
| TRAUMÁTICOS | ALERGICOS |
| NIEGA, | NIEGA, |
| FAMILIARES | FARMACOLÓGICOS |
| MADRE ARTRITIS, ABUELA MATERNA FALLECIDA HTA, ABUELA PATERNA PROBLEMAS DE CIRCULACIÓN, | NIEGA, |
| OTROS | |
| SEDENTARISMO, | |

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

| |
|--|
| DOLOR: EN REGIÓN CERVICAL Y DORSAL 5/10 SEGÚN EAV, |
| EDEMA: NO PRESENTA, |
| MOVILIDAD ARTICULAR: CONSERVADOS RANGOS DE MOVILIDAD ARTICULAR FUNCIONALES, |
| SENSIBILIDAD: SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA, |
| SISTEMA INTEGUMENTARIO: PROPIEDADES DE LA PIEL CONSERVADAS, |
| FUERZA MUSCULAR: FUNCIONAL GENERAL PARA MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR REGIÓN CERVICAL Y DORSAL 4/5 BILATERAL, |
| FLEXIBILIDAD: RETRACCIÓN DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR REGIÓN CERVICODORSAL MODERADA, |
| POSTURA: CIFOTICA, |
| MARCHA: FASES CONSERVADAS, |
| EQUILIBRIO: ESTÁTICO Y DINÁMICO BUENO, |
| RIESGO DE CAIDA: NO APLICA, |
| OTRAS VALORACIONES: POSTURA: LEVE DESCENSO DE HOMBRO DERECHO DEFINICIÓN DE ÁNGULOS DE CODOS, MEME GENU VARO. LEVE HIPERCIFOSIS DORSAL PROTRUSIÓN DE HOMBROS ABDOMEN PROMINENTE RETROVERSIÓN PÉLVICA LEVE GENU RECURVATUM, ESCOLIOSIS DORSOLUMBAR EN ESE COMPENSADA ESCAPULAS ALADAS PIES EN INVERSIÓN., |

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

PACIENTE CON LIMITACIÓN PARA REALIZAR ALGUNAS AVD, AIVD

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

MODULACIÓN DEL DOLOR DISMINUIR ESPASMOS MEJORAR FLEXIBILIDAD CORREGIR POSTURA PLAN DE TRATAMIENTO MEDIOS FÍSICOS, TENS, ULTRASONIDO MASAJE ESTIRAMIENTOS MÉTODO STRETCHING RETROALIMENTACIÓN VISUAL Y VERBAL HIGIENE POSTURAL EDUCACIÓN EN SALUD

NOMBRE DEL PROFESIONAL: EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ

FIRMA DEL PROFESIONAL:



C.C DEL PROFESIONAL: 52976746



FORMATO DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO

34

DATOS GENERALES

PRIMER NOMBRE: ANA

SEGUNDO NOMBRE: JOSEFINA

PRIMER APELLIDO: LERMA

SEGUNDO APELLIDO: FERNANDEZ

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 22464057

EDAD: 44 AÑOS

EPS: SALUD TOTAL

DIAGNOSTICO MÉDICO: ENFERMEDADES DE LA TRÁQUEA Y BRONQUIOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE, MANEJO DE HIGIENE POSTURAL, MANEJÓ ESPASMO MUSCULAR DE CINTURA ESCAPULAR

NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 10 SESIONES

EVOLUCIÓN

SESIÓN # 1 PACIENTE EN SU DOMICILIO CON DIAGNÓSTICO ANOTADO A QUIÉN SE LE REALIZA VALORACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA CON TA 120/80 mmHg, FC 67X', FR 18X', SAT 93%, REFIERE DOLOR EN REGIÓN CERVICAL Y DORSAL DE 5/10 SEGÚN EAV, SE MODULA DOLOR CON TENS, MASAJE SEDATIVO, FINALIZA SESIÓN COMPLICACIONES.

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

SESIÓN # 2 PACIENTE EN SU DOMICILIO CON TA 100/70 mmHg, FC 67X', FR 18X' SAT 95%, REFIERE DOLOR EN REGIÓN CERVICAL Y DORSAL DE 7/10 SEGÚN EAV, INICIA SESIÓN CON CALOR LOCAL, TENS, ULTRASONIDO FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES, SE LLEGA A ACUERDO CON LA PACIENTE PARA REALIZAR 2 SESIONES SEGUIDAS POR DISPONIBILIDAD DE SU TIEMPO LABORAL, PACIENTE COMPRENDE, ACEPTA Y FIRMA

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

SESIÓN #3 SE REALIZA MASAJE SEDATIVO, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 35 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA CADA UNO, FINALIZA SESIÓN SIN DOLOR Y SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 4 PACIENTE EN SU DOMICILIO CON TA 90/60 mmHg, FC 73X', FR 19X', SAT 95%, REFIERE DOLOR EN REGIÓN CERVICAL DE 6/10 SEGÚN EAV, INICIA SESIÓN CON CRIOTERAPIA POR 7 MINUTOS EN REGIÓN CERVICAL, TENS, ULTRASONIDO, FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES.

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 4 PACIENTE EN SU DOMICILIO CON TA 90/60 mmHg, FC 73X', FR 19X', SAT 95%, REFIERE DOLOR EN REGIÓN CERVICAL DE 6/10 SEGÚN EAV, INICIA SESIÓN CON CRIOTERAPIA POR 7 MINUTOS EN REGIÓN CERVICAL, TENS, ULTRASONIDO, FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES.

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 4 PACIENTE EN SU DOMICILIO CON TA 90/60 mmHg, FC 73X', FR 19X', SAT 95%, REFIERE DOLOR EN REGIÓN CERVICAL DE 6/10 SEGÚN EAV, INICIA SESIÓN CON CRIOTERAPIA POR 7 MINUTOS EN REGIÓN CERVICAL, TENS, ULTRASONIDO, FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES.

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 5 SE REALIZA MASAJE SEDATIVO, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA CADA UNO. EJERCICIOS CON THERABAND AZUL 1 SERIE DE 10 REPETICIONES. FINALIZA SESIÓN SIN DOLOR Y SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 6 PACIENTE EN SU DOMICILIO CON TA 100/60 mmHg, FC 73X', FR 18X', SAT 94%, REFIERE DOLOR EN REGIÓN CERVICAL Y DORSAL DE 5/10 SEGÚN EAV, INICIA SESIÓN CON CALOR LOCAL, TENS, ULTRASONIDO FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 7 SE REALIZA MASAJE SEDATIVO, SE EXPLICA A LA PACIENTE EL USO, BENEFICIOS Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LA APLICACIÓN DE VENTOSAS, PACIENTE COMPRENDE, ACEPTA Y FIRMA. REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 1 REPETICIÓN DE CADA UNO. FINALIZA SESIÓN SIN DOLOR Y SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 8 PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SU ESPOSO CON TA 100/70 mmHg, FC 75X' FR 19X', SAT 97%, REFIERE DOLOR EN REGIÓN CERVICAL DE 4/10 SEGÚN EAV, SE INICIA SESIÓN CON CALOR LOCAL, TENS Y ULTRASONIDO. FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 9 REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 3 REPETICIONES PARA CADA UNO, EJERCICIOS CON BALONTERAPIA, FINALIZA SESIÓN SIN DOLOR Y SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN









SESIÓN 10 PACIENTE EN SU DOMICILIO CON TA 90/60 mmHg, FC 80X', FR 19X', SAT 94%, NO REFIERE DOLOR, INICIA ÚLTIMA SESIÓN CON CALOR LOCAL, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES. EJERCICIOS CON THERABAND ROJO 3 SERIES DE 10 REPETICIONES FINALIZA SESIÓN SIN DOLOR Y SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



| | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------|--------------|
| PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO | NOMBRE PACIENTE | | ANA JOSEFINA LERMA FERNANDEZ | | |
| | IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | CC 22464057 | | |
| | N° DE SESIONES ORDENADAS | | 10 SESIONES | | |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS | EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ | PAGO DE DEDUCIBLE | SI | NO | VALOR |
| | | | X | | 105.5 |

PLANILLA DE FIRMAS

| N° | FECHA DE ATENCIÓN | HORA DE INICIO | HORA FINAL | FIRMA DEL PACIENTE |
|----|------------------------|----------------|------------|---|
| 1 | 2021-06-21 18:36:39 | 17:45 | 18:30 |  |
| 2 | 2021-06-24 16:42:33 | 16:00 | 16:45 |  |
| 3 | 2021-06-24 17:27:11 | 16:45 | 17:30 |  |
| 4 | 2021-06-28 17:34:02 | 16:45 | 17:30 | |
| 5 | 2021-06-28 17:34:04 | 16:45 | 17:30 | |
| 6 | 2021-06-28 17:44:06 | 16:45 | 17:30 |  |
| 7 | 2021-06-28 18:18:28 | 17:30 | 18:15 |  |
| 8 | 2021-06-29 17:50:25 | 17:00 | 17:45 |  |
| 9 | 2021-06-29 18:25:58 | 17:45 | 18:30 |  |
| 10 | 2021-06-30 12:19:59 | 23:45 | 12:30 |  |

| | | | | |
|----|------------------------|-------|-------|---|
| 11 | 2021-06-30 13:13:00 | 12:30 | 13:15 |  |
| 12 | 2021-07-01 12:23:08 | 12:00 | 12:45 |  |

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 10 SESIONES

OBSERVACIONES: MC0042517, MC0042517, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORIA, MC0042517, MC0042517, MC0042517, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORIA, MC0042517, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORIA, MC0042517, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORIA, MC0042517,

EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ



C.C. 52976746

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA