



## HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 79156607

FECHA DE APERTURA DE LA H.C A/M/D: 2021-11-10

## DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 79156607	
PRIMER NOMBRE DIEGO	SEGUNDO NOMBRE JOSE	
PRIMER APELLIDO SANCLEMENTE	SEGUNDO APELLIDO HENRIQUEZ	
FECHA DE NACIMIENTO: A/M/D 1963-06-21	EDAD: 58 AÑOS	ESTADO CIVIL CASADO
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CARRERA 81 B #19B -80	TELÉFONO: 3103011565	
SEXO MALE	EPS SANITAS	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE INGENIERO DE SISTEMAS		
NOMBRE DEL RESPONSABLE CAROLINE DELGADO	TELÉFONO 3213938511	PARENTESCO ESPOSA
DIAGNOSTICO MÉDICO VÉRTIGO PERIFÉRICO		

## MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

MEJORAR MOVILIDAD ARTICULAR MEJORAR FLEXIBILIDAD REEDUCACION VESTIBULAR CORRECCION POSTURAL PLAN DE TRATAMIENTO EJERCICIOS DE MOVILIDAD EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING EJERCICIOS VESTIBULARES Y EJERCICIOS BRANDT-DAROFF EDUCACIÓN EN SALUD E HIGIENE POSTURAL.

## ANTECEDENTES

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRÚRGICOS
NEUROFIBROMATOSIS TIPO I,,	VIAS DIGESTIVAS ALTAS POR HEMORRAGIA INTESTINAL, HERNIA INGUINAL BILATERAL, HERNIA UMBILICAL, RESECCIÓN DE VESÍCULA BILIAR, TABIQUE,
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
FRACTURA DE CRANEO A LOS 9 MESES DE VIDA,	SULFAS,
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
,	SENTRUM SILVER TOMA 1 CAPSULA AL DIA,,
OTROS	

SEDENTARIO,,

## VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

**DOLOR:** NIEGA,

**EDEMA:** NO PRESENTA,

**MOVILIDAD ARTICULAR:** RANGOS DE MOVILIDAD ARTICULAR EN CUELLO DISMINUIDOS POR RETRACCIONES MUSCULARES,

**SENSIBILIDAD:** SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA,

**SISTEMA INTEGUMENTARIO:** PROPIEDADES DE LA PIEL CONSERVADAS,

**FUERZA MUSCULAR:** FUERZA GENERAL FUNCIONAL PARA MUSCULATURA DE CUELLO 3+/5 BILATERAL,

**FLEXIBILIDAD:** RETRACCIONES MUSCULARES DE MODERADAS A SEVERAS EN TRAPÉCIOS, ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, EXTENSOR LARGO DEL CUELLO,

**POSTURA:** CIFOTICA,

**MARCHA:** CONSERVADA,

**EQUILIBRIO:** ESTÁTICO Y DINÁMICO BUENO,

**RIESGO DE CAÍDA:** BAJO,

**OTRAS VALORACIONES:** POSTURA: LEVE ROTACIÓN DE CABEZA A LA DERECHA, DESCENSO DE HOMBRO IZQUIERDO PÉRDIDA DE ÁNGULOS DE CODOS LEVE GENU VALGO, LEVE AUMENTO DE CIFOSIS DORSAL PROTRUSIÓN DE HOMBROS ABDOMEN PROMINENTE APLANAMIENTO DE CURVATURA LUMBAR ANTEVERSIÓN PÉLVICA GENU RECURVATUM, ESCOLIOSIS DORSAL CONCAVIDAD IZQUIERDA ESCÁPULAS ABDUCIDAS PIES EN VALGO,

## DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

PACIENTE CON LEVE LIMITACIÓN PARA REALIZAR ALGUNAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, INSTRUMENTALES, LABORALES Y RECREODEPORTIVAS

## OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

MEJORAR MOVILIDAD ARTICULAR MEJORAR FLEXIBILIDAD REEDUCACIÓN VESTIBULAR CORRECCIÓN POSTURAL PLAN DE TRATAMIENTO EJERCICIOS DE MOVILIDAD EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING EJERCICIOS VESTIBULARES Y EJERCICIOS BRANDT-DAROFF EDUCACIÓN EN SALUD E HIGIENE POSTURAL

**NOMBRE DEL PROFESIONAL:** EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**



**C.C DEL PROFESIONAL:** 52976746



## FORMATO DE EVOLUCIÓN

**HISTORIA CLÍNICA NÚMERO** CC. 79156607

DATOS GENERALES	
PRIMER NOMBRE: DIEGO	SEGUNDO NOMBRE: JOSE
PRIMER APELLIDO: SANCLEMENTE	SEGUNDO APELLIDO: HENRIQUEZ
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 79156607	
EDAD: 58 AÑOS	EPS: SANITAS
DIAGNOSTICO MÉDICO: VÉRTIGO PERIFÉRICO	
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 10 SESIONES	

### EVOLUCIÓN

SESIÓN 1 DE 10 7:47 AM PACIENTE MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD REMITIDO POR EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DRA JENIFER ECHEVERRY CON DX DE VERTIGO PERIFÉRICO DE 25 DIAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN SENSACION DE MAREO CON CAMBIOS DE POSICIÓN DE CABEZA. LE REALIZARON RMN DEL 27/10/2021 ENCONTRANDO NEUROFIBROMAS PLEXIFORMES DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO FRONTAL DERECHO Y PARIETAL IZQUIERDO, ELECTROENCEFALOGRAMA ENCONTRANDO TRAZADO ELECTROCARDIOGRAFO TOMADO EN VIGILIA CONSIDERADO COMO ANORMAL POR EL REGISTRO EN EL TRAZADO POSTERIOR AL ESTIMULO DEL HIPERVENTILACIÓN, ACTIVIDAD PAROXISTICAS DE PUNTAS Y ONDAS LENTAS DE 3 A 4 CPS CON UN MÁXIMO ANTERIOR BILATERAL DE 1 A 2 SEGUNDOS. SE REALIZA VALORACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA ENCONTRANDO DISMINUCIÓN DE RANGOS DE MOVIMIENTO, RETRACCIONES MUSCULARES EN MUSCULATURA DE CUELLO Y CINTURA ESCAPULAR. NO MANIFIESTA DOLOR, SE INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TOMA DE SIGNOS VITALES TA 110/70 mmHg, FC 83X', FR 19X', SAT 95%. REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 30 SEGUNDOS POR 1 REPETICIÓN PARA TRAPÉCIOS, ESCALENOS, ROMBOIDES, ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO. FINALIZA SESIÓN MANIFESTANDO SENTIRSE BIEN QUEDA EN DOMICILIO SIN COMPLICACIONES

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**



### EVOLUCIÓN

SESIÓN 2 DE 10 7:40 AM PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SUS FAMILIARES, MANIFIESTA SENTIRSE BIEN, NO REFIERE MAREO NI DOLOR. SE INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TOMA DE SIGNOS VITALES TA 100/70 mmHg, FC 75X', FR 18X', SAT 94%, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 40 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA TRAPÉCIOS, ESCALENOS, ROMBOIDES, ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, ESPINALES, REALIZA EJERCICIOS DE EDUCACIÓN VESTIBULAR NIVEL 1, MOVIMIENTOS OCULARES ARRIBA-ABAJO, DERECHA- IZQUIERDA, CIRCULOS A LA DERECHA, CIRCULOS A LA IZQUIERDA, 20 VECES CADA UNO, MOVIMIENTOS DE CABEZA FLEXIÓN EXTENSIÓN, INCLINACIONES, ROTACIONES 20 VECES CADA UNO, PACIENTE MANIFIESTA QUE EN LOS MOVIMIENTO DE ROTACIÓN DE CABEZA SINTIÓ ALGO DE MAREO, SE REALIZA MASAJE PARA DISMINUIR LA TENSIÓN EN EL CUELLO.FINALIZA SESIÓN MANIFESTANDO SENTIRSE BIEN QUEDA SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. P. S.', located to the right of the text 'FIRMA DEL PROFESIONAL:'.

<b>PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO</b>	<b>NOMBRE PACIENTE</b>		DIEGO JOSE SANCLEMENTE HENRIQUEZ		
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>		CC 79156607		
	<b>N° DE SESIONES ORDENADAS</b>		10 SESIONES		
<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS</b>	EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ	<b>PAGO DE DEDUCIBLE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>VALOR</b>
			X		105500

### PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
1	2021-11-10 08:32:59	07:47	08:32	
2	2021-11-16 08:27:03	07:40	08:25	Diego

**TOTAL SESIONES REALIZADAS:** 10 SESIONES

**OBSERVACIONES:** LM4774741,LM4774741,,

EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ



C.C. 52976746

**NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA**

**FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA**