

HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 52710511

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-06-30

DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 52710511	
PRIMER NOMBRE ADRIANA	SEGUNDO NOMBRE MARIA	
PRIMER APELLIDO ROJAS	SEGUNDO APELLIDO MORA	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 1980-10-30	EDAD: 41 AÑOS	ESTADO CIVIL CASADA
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CARRERA 75# 119A-60 APARTAMENTO 1119 TORRE 5	TELÉFONO: 3208657257	
SEXO FEMALE	EPS SANITAS	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE EMPLEADA		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO 3124338504	PARENTESCO ESPOSO
MÉDICO TRATANTE MARIA TERESA RAMIREZ GOYENECHE	DIAGNOSTICO MÉDICO SE DEL TÚNEL DEL CARPO	

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

.

ANTECEDENTES

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS
Fibromialgia, hipotiroidismo,	Vesícula,
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
Caída de su propia altura hace 1 año y medio,	No,
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
No refiere,	Elvotiroxin,
OTROS	
Ninguno,	

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

DOLOR: Paciente con dolor de 9/10 según de la escala de Eva a la palpación al movimiento y posiciones mantenidas. Aumenta en las tardes,

EDEMA: Si grado 2,

MOVILIDAD ARTICULAR: Flexión de muñeca 60, extensión 55, pronación 70, aducción pulgar 10,,
SENSIBILIDAD: Alterada en c6, c5, c8,
SISTEMA INTEGUMENTARIO: Conservado,
FUERZA MUSCULAR: No valorada por mucho dolor,
FLEXIBILIDAD: Presenta refacciones en palmar mayor supinadores y probador,
POSTURA: Presenta antepulcin de cabeza inclinada derecha,
MARCHA: Conservada,
EQUILIBRIO: Conservado,
RIESGO DE CAIDA: Bajo,
OTRAS VALORACIONES: Ninguno,

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

Paciente con alteraciones osteomusculares, categoría de sensibilidad, rango de movilidad y flexibilidad.

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

Favorecer la osteomiocinematica del paciente por medio de modalidades terapéuticas y físicas para reincorporarla en las actividades de la vida diaria y laborales. Disminuir dolor por medio de crioterapia tens termoterapia ultrasonido.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: MARIA TERESA RAMIREZ GOYENECHÉ



FIRMA DEL PROFESIONAL:

C.C DEL PROFESIONAL: 52717975



FORMATO DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 60

DATOS GENERALES	
PRIMER NOMBRE: ADRIANA	SEGUNDO NOMBRE: MARIA
PRIMER APELLIDO: ROJAS	SEGUNDO APELLIDO: MORA
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 52710511	
EDAD: 41 AÑOS	EPS: SANITAS
DIAGNOSTICO MÉDICO: SE DEL TÚNEL DEL CARPO	
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 5 SESIONES	

EVOLUCIÓN

Se ingresa al domicilio de la pacientes quien se encuentra en buenas condiciones generales, se realiza valoración fisioterapeuta, se diligencia consentimiento informado y se explica tratamiento, se inicia intervención con terapia sedativa en zona cervical y miembros superiores con crioterapia más tens, masaje descontracturante en zona cervical y miembros superiores, se finaliza con estiramientos de zona cervical y miembros superiores, paciente estable sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

Se ingresa al domicilio de la paciente quien se encuentra en compañía de su familiar, paciente refiere dolor muscular en miembros superiores 9/10 según escala de Eva a la palpación, se inicia intervención con masaje relajante en zona cervical, dorsal y miembros superiores, se continúa con crioterapia en manos por 10 minutos más tens, se finaliza con estiramientos de músculos trabajados a tolerancia, paciente estable sin complicaciones.

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

Sesión #3 se ingresa al domicilio de la paciente quien se encuentra en buenas condiciones generales, se inicia intervención con masaje descontracturante en zona cervical dorsal y miembros superiores para relajar la musculatura, se continúa con crioterapia en miembros superiores por 10 minutos + tens por 10 minutos, seguido estiramientos en músculos de zona cervical por 15 segundos a tolerancia, se le deja recomendaciones a la paciente que realice estiramientos, paciente estable sin complicaciones. Queda en compañía de su familiar.

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

Sesión #4 se ingresa al domicilio de la paciente quien se encuentra en buenas condiciones generales, se inicia intervención con movilidad articular de miembros superiores y zona cervical, se continúa con masaje descontracturante en zona cervical dorsal y miembros superiores, se continúa con ejercicios activos asistidos de extensión 2 series de 10 repeticiones, se continúa con tracción en zona cervical, terapia manual en zona cervical, tens más crioterapia por 10 minutos en zona dorsal y miembros superiores por 10 minutos, se finaliza con estiramientos de músculos trabajados por 15 segundos a tolerancia cada uno, paciente estable sin complicaciones, queda en compañía de su familiar.

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

Se ingresa al domicilio de la paciente quien se encuentra en buenas condiciones generales, paciente refiere mucho dolor en zona cervical y dorsal que le irradia en miembros superiores, se inicia intervención con masaje descontracturante en zona cervical, dorsal y miembros superiores, se pone ventosas en puntos motores en hombro y zona dorsal por 10 minutos, se pone tens por 10 minutos en miembros superiores más crioterapia, se finaliza con estiramientos con balón terapéutico por 15 segundos a tolerancia paciente estable sin complicaciones.

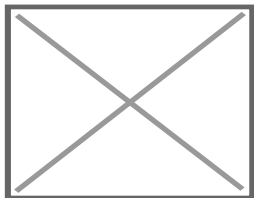
FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

Se ingresa al domicilio de la paciente quien se encuentra en buenas condiciones generales, paciente refiere mucho dolor en zona cervical y dorsal que le irradia en miembros superiores, se inicia intervención con masaje descontracturante en zona cervical, dorsal y miembros superiores, se pone ventosas en puntos motores en hombro y zona dorsal por 10 minutos, se pone tens por 10 minutos en miembros superiores más crioterapia, se finaliza con estiramientos con balón terapéutico por 15 segundos a tolerancia paciente estable sin complicaciones.



FIRMA DEL PROFESIONAL:



PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO	NOMBRE PACIENTE		ADRIANA MARIA ROJAS MORA		
	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CC 52710511		
	N° DE SESIONES ORDENADAS		5 SESIONES		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS	MARIA TERESA RAMIREZ GOYENECHÉ	PAGO DE DEDUCIBLE	SI	NO	VALOR
			X		42200

PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
1	2021-06-30 14:22:38	13:00	14:00	
2	2021-07-01 07:11:14	06:15	07:00	
3	2021-07-02 16:04:57	15:00	15:40	
4	2021-07-03 12:26:49	11:00	11:50	
5	2021-07-07 15:29:39	14:00	14:40	
6	2021-07-07 15:31:43	14:00	14:40	

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 5 SESIONES

OBSERVACIONES: LM4647441, LM4647441, LM4647441, LM4647441, LM4647441, LM4647441,

MARIA TERESA RAMIREZ GOYENECHÉ



C.C. 52717975

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA

