



HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 79987878

FECHA DE APERTURA DE LA H.C A/M/D: 2021-06-25

DATOS DEL PACIENTE

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO CC | DOCUMENTO NÚMERO 79987878 | |
| PRIMER NOMBRE DIEGO | SEGUNDO NOMBRE ALEJANDRO | |
| PRIMER APELLIDO CÁRDENAS | SEGUNDO APELLIDO REYES | |
| FECHA DE NACIMIENTO: A/M/D 1979-04-08 | EDAD: 42 AÑOS | ESTADO CIVIL CASADO |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CARRERA 93D #6A 15 TORRE 8 APTO 504. CIUDAD TINTAL 2 ETAPA 10 | TELÉFONO: 3124605178 | |
| SEXO MALE | EPS SALUD TOTAL | |
| OCUPACIÓN DEL PACIENTE EMPLEADO | | |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE NORA CONSTANZA CEPEDA ORTÁZ | TELÉFONO 3114610801 | PARENTESCO ESPOSA |
| DIAGNOSTICO MÉDICO ESGUINCE GRADO 2 CUELLO DE PIE DERECHO. FRACTURA OBLICUA DE FALANGE PROXIMAL HALLUX DERECHO | | |

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

REDUCIR DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON MEDIOS FÍSICOS COMO TENS, ULTRASONIDO, TERMOTERAPIA, CRIOTERAPIA. DISMINUIR EDEMA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON EJERCICIOS DE BURGUER ALLEN, ELEVACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES, DRENAJE LINFÁTICO MANUAL, ULTRASONIDO. AUMENTAR Y MEJORAR RANGOS DE MOVILIDAD ARTICULAR, CON EJERCICIOS DE MOVILIDAD ARTICULAR ACTIVA Y AUTO-ASISTIDA. FORTALECER MUSCULATURA DE MIEMBROS INFERIORES CON TRABAJO ISOMÉTRICO, ISOCINETICO. REEDUCAR FASES DE LA MARCHA REINCORPORAR AL PACIENTE A SU VIDA LABORAL Y ABVD..

ANTECEDENTES

| | |
|-------------------|-------------|
| MÉDICO PATOLÓGICO | QUIRÚRGICOS |
|-------------------|-------------|

| | |
|--------------------|-----------------------|
| Niega, | Vasectomía, |
| TRAUMÁTICOS | ALERGICOS |
| Niega, | Niega, |
| FAMILIARES | FARMACOLÓGICOS |
| , | Niega,, |
| OTROS | |
| Niega,, | |

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DOLOR: Intensidad 5/10 según EAV, aumenta con la palpación, dolor intermitente en borde externo de pie derecho y cara dorsal del pie derecho, mal olor externo derecho, |
| EDEMA: Cuello de pie derecho 25cm, izquierdo 22cm, |
| MOVILIDAD ARTICULAR: Mala hacia eversión, plantiflexión de pie derecho. Mala flexión de hallux derecho, |
| SENSIBILIDAD: Superficial conservada. Profunda alterada, |
| SISTEMA INTEGUMENTARIO: Propiedades tróficas y mecánicas conservadas, |
| FUERZA MUSCULAR: 2/5 peroneos, tibial anterior, extensor y flexor propio del 1 dedo, aductor del primer dedo, |
| FLEXIBILIDAD: Retracciones moderadas gastrocnemios, tibial anterior, peroneo lateral miembro inferior derecho, |
| POSTURA: Descarga del peso mayor en lado izquierdo, apoyo en talón derecho., |
| MARCHA: Alteración en fases de la marcha, con zapato ortopédico, |
| EQUILIBRIO: Alterado, |
| RIESGO DE CAÍDA: Moderado, |
| OTRAS VALORACIONES: N/A, |

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paciente con deficiencia en sistema osteomioarticular que lo limita en rangos de movilidad articular, fuerza muscular, flexibilidad, marcha locomoción y balance. Lo restringe en el área laboral, deportiva, familiar y de ocio. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reducir dolor en miembro inferior derecho con medios físicos como tens, ultrasonido, termoterapia, crioterapia. Disminuir edema en miembro inferior derecho con ejercicios de burguer Allen, elevación de miembros inferiores, drenaje linfático manual, ultrasonido. Aumentar y mejorar rangos de movilidad articular, con ejercicios de movilidad articular activa y auto-asistida. Fortalecer musculatura de miembros inferiores con trabajo isométrico, isocinético. Reeducar fases de la marcha Reincorporar al paciente a su vida laboral y ABVD. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

NOMBRE DEL PROFESIONAL: LAURA NATALY GAMBA MONTAÑO

FIRMA DEL PROFESIONAL:

C.C DEL PROFESIONAL: 1012384775



FORMATO DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO CC. 79987878

| DATOS GENERALES | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| PRIMER NOMBRE: DIEGO | SEGUNDO NOMBRE: ALEJANDRO |
| PRIMER APELLIDO: CÁRDENAS | SEGUNDO APELLIDO: REYES |
| TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 79987878 | |
| EDAD: 42 AÑOS | EPS: SALUD TOTAL |
| DIAGNOSTICO MÉDICO: ESGUINCE GRADO 2 CUELLO DE PIE DERECHO. FRACTURA OBLICUA DE FALANGE PROXIMAL HALLUX DERECHO | |
| NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 10 SESIONES | |



| | | | | | |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------|--------------|
| PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO | NOMBRE PACIENTE | | DIEGO ALEJANDRO CÁRDENAS REYES | | |
| | IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | CC 79987878 | | |
| | N° DE SESIONES ORDENADAS | | 10 SESIONES | | |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS | LAURA NATALY GAMBA MONTAÑO | PAGO DE DEDUCIBLE | SI | NO | VALOR |
| | | | X | | 105500 |

PLANILLA DE FIRMAS

| N° | FECHA DE ATENCIÓN | HORA DE INICIO | HORA FINAL | FIRMA DEL PACIENTE |
|----|-------------------|----------------|------------|--------------------|
|----|-------------------|----------------|------------|--------------------|

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 10 SESIONES

OBSERVACIONES: ,

LAURA NATALY GAMBA MONTAÑO

C.C. 1012384775

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA