

## HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 1032432039

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-07-14

## DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 1032432039	
PRIMER NOMBRE JAIME	SEGUNDO NOMBRE ANDRES	
PRIMER APELLIDO ORJUELA	SEGUNDO APELLIDO MENDOZA	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 1989-07-12	EDAD: 32 AÑOS	ESTADO CIVIL CASADO
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CARRERA 7# 79 B -02	TELÉFONO: 3183023891	
SEXO MALE	EPS SANITAS	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE EMPLEADO BANCARIO		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO 3185328819	PARENTESCO PAREJA
MÉDICO TRATANTE EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ	DIAGNOSTICO MÉDICO M545 LUMBALGIA	

## MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

.

## ANTECEDENTES

<b>MÉDICO PATOLÓGICO</b>	<b>QUIRURGICOS</b>
CÁLCULOS RENALES,	CIRUGÍA REFRACTARIA BILATERAL,
<b>TRAUMÁTICOS</b>	<b>ALERGICOS</b>
CAÍDA EN POSICIÓN SEDENTE DESDE SILLA FINALES DE MAYO 2020,	NIEGA,
<b>FAMILIARES</b>	<b>FARMACOLÓGICOS</b>
ABUELO MATERNO HTA, GOTA, ARTRITIS, ABUELA MATERNA HTA, MADRE HTA, MIGRAÑA, HIPERCOLESTEROLEMIA, PADRE HTA,	ITROL 100 MG TOMA 4 PASTAS DIARIAS POR 7 DÍAS DURANTE EL MES,
<b>OTROS</b>	
SEDENTARIO,	

## VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

**DOLOR:** EN REGIÓN LUMBAR IRRADIADO HACIA EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO DE 3/10 SEGÚN EAV,

**EDEMA:** NO PRESENTA,

**MOVILIDAD ARTICULAR:** LOS DE MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADOS FUNCIONALES,

**SENSIBILIDAD:** SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA,

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

**FUERZA MUSCULAR:** ESPINALES BAJOS CUADRADO LUMBAR ABDOMINALES GLÚTEO ISQUIOTIBIALES PSOAS ILÍACO 4/5 BILATERAL,

**FLEXIBILIDAD:** RETRACCIONES DE MODERADAS A SEVERAS PARA ESPINALES BAJOS CUADRADO LUMBAR GLÚTEO ISQUIOTIBIALES GASTRONEMIOS PSOAS ILÍACO CUÁDRICEPS TENSOR DE LA FASCIA LATA BILATERAL, PELVITROCANTEREO PELVITROCANTEREO GEMINOS Y PIRÁMIDAL,

**POSTURA:** CIFOTICA,

**MARCHA:** FASES CONSERVADAS,

**EQUILIBRIO:** ESTÁTICO Y DINÁMICO REGULAR,

**RIESGO DE CAIDA:** BAJO,

**OTRAS VALORACIONES:** POSTURA, DESCENSO DE HOMBRO IZQUIERDO, PERDIDA DE ÁNGULOS DE CODOS LEVE GENU VALGO PIES EN INVERSIÓN, FLEXIÓN DE CUELLO PROTRUSIÓN DE HOMBROS, HIPERCIFOSIS DORSAL, RETROVERSIÓN PÉLVICA, HIPEREXTENSIÓN DE LORDOSIS LUMBAR, GENU RECURVATUM, ESCAPULAS ALADAS, ESCOLIOSIS DORSOLUMBAR COMPENSADA, PIES EN ROTACIÓN EXTERNA,

## DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

PACIENTE CON LIMITACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA COTIDIANAS INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y RECREO DEPORTIVAS

## OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

DISMINUIR DOLOR MEJORAR FLEXIBILIDAD MEJORAR Y MANTENER FUERZA CORREGIR POSTURA PLAN DE TRATAMIENTO MEDIOS FÍSICOS TENS ULTRASONIDO ESTIRAMIENTOS MÉTODO STRETCHING AUTOCARGA THERABAND BALÓN DE BOBATH RETROALIMENTACIÓN VISUAL Y VERBAL EDUCACIÓN EN SALUD HIGIENE POSTURAL

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

**FIRMA DEL PROFESIONAL:** 

**C.C DEL PROFESIONAL:** 52976746



## FORMATO DE EVOLUCIÓN

**HISTORIA CLÍNICA NÚMERO** 92

### DATOS GENERALES

<b>PRIMER NOMBRE:</b> JAIME	<b>SEGUNDO NOMBRE:</b> ANDRES
<b>PRIMER APELLIDO:</b> ORJUELA	<b>SEGUNDO APELLIDO:</b> MENDOZA
<b>TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> CC. 1032432039	
<b>EDAD:</b> 32 AÑOS	<b>EPS:</b> SANITAS
<b>DIAGNOSTICO MÉDICO:</b> M545 LUMBALGIA	
<b>NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS:</b> 10 SESIONES	

### EVOLUCIÓN

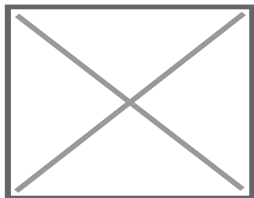
SESIÓN 1 DE 10 PACIENTE EN SU SITIO DE TRABAJO CON TA 120/80 mmHg, FC 93X', F 21X', SAT 9E%, A QUIEN SE LE REALIZO VALORACION DE LA CONDICIÓN FÍSICA REFIERE DOLOR EN REGIÓN LUMBAR IRRADIADO HACIA MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO DE 3/10 SEGÚN EAV DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN. SE LLEGA A ACUERDO CON PACIENTE PARA REALIZAR 2 SESIONES SEGUIDAS POR DISPONIBILIDAD DE SU TIEMPO LABORAL, PACIENTE COMPRENDE ACEPTA Y FIRMA. SE INICIA TRATAMIENTO CON TENS. FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

### EVOLUCIÓN

SESIÓN 2 DE 10 SE REALIZA MASAJE SEDATIVO, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 1 REPETICIÓN PARA CADA UNO, EJERCICIOS PARA ABDOMEN CON BALÓN DE BOBATH 2 SERIES DE 25 REPETICIONES. FINALIZA SESIÓN CON DOLOR DE 2/10 SEGÚN EAV Y SIN COMPLICACIONES

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**



<b>PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO</b>	<b>NOMBRE PACIENTE</b>		JAIME ANDRES ORJUELA MENDOZA		
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>		CC 1032432039		
	<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	2021-07-14 10:15:29	09:00	09:45	Andres D.
2	2021-07-14 10:31:27	09:45	10:30	Andres D.

**TOTAL SESIONES REALIZADAS:** 10 SESIONES

**OBSERVACIONES:** LM4656817, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORIA,

EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ

**NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA**

**C.C. 52976746**

**FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA**