

HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 1019061037

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-06-15

DATOS DEL PACIENTE

| TIPO DE DOCUMENTO | DOCUMENTO NÚMERO | O | | |
|-------------------------------|---------------------|------------------|--|--|
| CC | 1019061037 | | | |
| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | | |
| LEIDY | YINETH | YINETH | | |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | | |
| VELOSA | ALAYON | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A | EDAD: | ESTADO CIVIL | | |
| 1991-06-12 | 30 AÑOS | SOLTERA | | |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO: | TELÉFONO: | | | |
| CARRERA 80C #13A-32 | 3208571671 | | | |
| SEXO | EPS | | | |
| FEMALE | SANITAS | | | |
| OCUPACIÓN DEL PACIENTE | | | | |
| ASESOR COMERCIAL | | | | |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE | TELÉFONO PARENTESCO | | | |
| | 3172279285 HERMANO | | | |
| MÉDICO TRATANTE | DIAGNOSTICO MÉDICO | | | |
| MARIA CRISTINA GAITAN VENEGAS | CERVICALGIA | | | |

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

| - | | |
|---|--|--|
| | | |
| | | |

ANTECEDENTES

| MÉDICO PATOLÓGICO | QUIRURGICOS | | |
|-------------------|-------------------------|--|--|
| Cervicalgia, | Miopía ambos ojos 2019, | | |
| TRAUMÁTICOS | ALERGICOS | | |
| No, | No, | | |
| FAMILIARES | FARMACOLÓGICOS | | |
| Madre HTA, | Vitamina D, | | |
| OTROS | | | |
| No registra, | | | |

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

| DOLOR: 7/10 ante movimiento activo en rotaciones de cuello, 4/10 ante palpación esternocleidomastoideo bilateral, |
|--|
| EDEMA: No, |
| MOVILIDAD ARTICULAR: Sin limitaciones, |

SENSIBILIDAD: Conservada,
SISTEMA INTEGUMENTARIO: Hidratado sin lesiones,
FUERZA MUSCULAR: 3 esternocleidomastoideo, 3+ trapecio superior bilateral,
FLEXIBILIDAD: Leves retracciones en esternocleidomastoideo bilateral,
POSTURA: Protusion de cabeza, cuello y hombros bilateral, leve hipercifosis dorsal,
MARCHA: No se evalua,
EQUILIBRIO: sin alteración,
RIESGO DE CAIDA: No presenta,
OTRAS VALORACIONES: Espasmos moderados en esternocleidomastoideo y trapecio bilateral,

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

Paciente con alteración cinética en cuello secundario a presencia de dolor ante movimiento activo

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

Mejorar cinetica en columna cervical

NOMBRE DEL PROFESIONAL: MARIA CRISTINA GAITAN VENEGAS

Metr

FIRMA DEL PROFESIONAL:

C.C DEL PROFESIONAL: 52430685



FORMATO DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 16

| DATOS GENERALES | | | | |
|---|--------------------------|--|--|--|
| PRIMER NOMBRE: LEIDY | SEGUNDO NOMBRE: YINETH | | | |
| PRIMER APELLIDO: VELOSA | SEGUNDO APELLIDO: ALAYON | | | |
| TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 1019061037 | | | | |
| EDAD: 30 AÑOS EPS: SANITAS | | | | |
| DIAGNOSTICO MÉDICO: CERVICALGIA | | | | |
| | | | | |
| NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 5 SESIONES | | | | |

EVOLUCIÓN

paciente estable en domicilio, se realiza valoración terapéutica, se plantean objetivos de manejo, aceptados y entendidos por paciente. Se inicia manejo terapeutico con masaje, calor húmedo y estiramiento muscular en cuello y tren superior. Se deja paciente estable en domicilio.

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

Paciente estable en domicilio, se realiza masaje sedativo, estiramiento en cuello y miembros superiores, calor húmedo y tens en esternocleidomastoideo y trapecio superior bilateral. Se deja paciente en buenas condiciones en domicilio.

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

Paciente en buenas condiciones generales en domicilio, se da manejo sedativo en cuello y MMSS, estiramiento en cuello y MMSS, medios fisicos calor húmedo y tens en trapecio superior, ejercicios activos en rotaciones e inclinación de cuello bilateral

MBHV

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

Paciente en buenas condiciones en domicilio, se realiza masaje sedativo en cuello y miembros superiores, estiramiento en columna cervico dorsal, calor húmedo y tens en esternocleidomastoideo y trapecio superior. Se deja paciente estable en domicilio.

MPHV.

FIRMA DEL PROFESIONAL:



| DI ANIII I A DE | NOMBRE PACIE | LEIDY YINETH VELOSA ALAYON | | | |
|---|---|----------------------------|---------------|----|-------|
| PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO | IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE N° DE SESIONES ORDENADAS | | CC 1019061037 | | |
| | | | 5 SESIONES | | |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS | MARIA CRISTINA | PAGO DE DEDUCIBLE | SI | NO | VALOR |
| | GAITAN VENEGAS | | X | | 52750 |

PLANILLA DE FIRMAS

| N° | FECHA DE ATENCIÓN | HORA DE INICIO | HORA FINAL | FIRMA DEL PACIENTE |
|----|------------------------|-------------------|------------|--------------------|
| 1 | 2021-06-15 20:16:55 | 19:00 | 19:40 | kiql |
| 2 | 2021-06-19 10:34:10 | 09:30 | 10:15 | (EDZV) |
| 3 | 2021-06-22 19:33:20 | 19:00 | 19:45 | (E10Pl |
| 4 | 2021-06-24 19:22:15 | 18:30 | 19:15 | EOFI |

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 5 SESIONES

OBSERVACIONES: LM4618001, LM4618001, LM4618001, LM4618001,

MARIA CRISTINA GAITAN VENEGAS

Metr

C.C. 52430685

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA