

## HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 1032385770

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-10-12

## DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 1032385770	
PRIMER NOMBRE MAGALLY	SEGUNDO NOMBRE ANDREA	
PRIMER APELLIDO HURTADO	SEGUNDO APELLIDO OLIVEROS	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 1987-02-01	EDAD: 34 AÑOS	ESTADO CIVIL SOLTERA
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CALLE 55 SUR #24 B -55	TELÉFONO: 3002286006	
SEXO FEMALE	EPS COMPENSAR	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE EMPLEADA		
NOMBRE DEL RESPONSABLE ERIKA HURTADO	TELÉFONO 3208506151	PARENTESCO HERMANA
MÉDICO TRATANTE EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ	DIAGNOSTICO MÉDICO CERVICALGIA	

## MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

DISMINUIR DOLOR MEJORAR FLEXIBILIDAD MANTENER FUERZA  
CORREGIR POSTURA PLAN DE TRATAMIENTO MEDIOS FÍSICOS TENS,  
ULTRASONIDO, MASAJE, VENTOSAS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO  
MÉTODO STRETCHING THERABAND, BALON DE BOBATH EDUCACIÓN EN  
SALUD HIGIENE POSTURAL.

## ANTECEDENTES

<b>MÉDICO PATOLÓGICO</b>	<b>QUIRURGICOS</b>
HIPOTIROIDISMO,	SEPTOPLASTIA Y TURBINOPLASTIA,
<b>TRAUMÁTICOS</b>	<b>ALERGICOS</b>
NIEGA,	NIEGA,
<b>FAMILIARES</b>	<b>FARMACOLÓGICOS</b>
,	EUTOROX 50 MCG TOMA 1 EN AYUNAS,,
<b>OTROS</b>	
SEDENTARISMO,,	

## VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

**DOLOR:** EN CABEZA DIFERENTES PUNTOS DE DOLOR DE 3/10 SEGÚN EAV AUMENTA CON LA EXPOSICIÓN A LA LUZ SOLAR, DISMINUYE CON ANALGESICOS,

**EDEMA:** NO PRESENTA,

**MOVILIDAD ARTICULAR:** MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADA FUNCIONAL,

**SENSIBILIDAD:** SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADAS,

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

**FUERZA MUSCULAR:** FUNCIONAL CONSERVADA EN MUSCULATURA DE CUELLO 5/5 BILATERAL,

**FLEXIBILIDAD:** RETRACCIONES MUSCULARES MODERADAS EN CINTURA ESCAPULAR Y MMSS,

**POSTURA:** CIFOTICA,

**MARCHA:** FASES CONSERVADAS,

**EQUILIBRIO:** EQUILIBRIO DINÁMICO Y ESTÁTICO REGULAR,

**RIESGO DE CAIDA:** BAJO,

**OTRAS VALORACIONES:** POSTURA: LEVE DESCENSO DE HOMBRO IZQUIERDO DISMINUCIÓN DE ÁNGULOS DE CODOS PIES EN VALGO, PROTRUSIÓN DE HOMBROS RETROVERSIÓN PÉLVICA GENU RECURVATUM,,

## DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

PACIENTE CON LIMITACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, COTIDIANAS, ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y RECREODEPORTIVAS

## OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

DISMINUIR DOLOR MEJORAR FLEXIBILIDAD MANTENER FUERZA CORREGIR POSTURA PLAN DE TRATAMIENTO MEDIOS FÍSICOS TENS, ULTRASONIDO, MASAJE, VENTOSAS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING THERABAND, BALON DE BOBATH 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** 166

### DATOS GENERALES

**PRIMER NOMBRE:** MAGALLY

**SEGUNDO NOMBRE:** ANDREA

**PRIMER APELLIDO:** HURTADO

**SEGUNDO APELLIDO:** OLIVEROS

**TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CC. 1032385770

**EDAD:** 34 AÑOS

**EPS:** COMPENSAR

**DIAGNOSTICO MÉDICO:** CERVICALGIA

**NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS:** 10 SESIONES

### EVOLUCIÓN

SESIÓN 1 DE 10 PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SU HIJA CON TA 100/60 mmHg, FC 58X', FR 18X', SAT 96%, A QUIEN SE LE REALIZA VALORACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA, REFIERE SENTIR DOLOR DE CABEZA DE 3/10 SEGÚN EAV PRESENTA ESPASMOS EN REGIÓN CERVICAL. SE LLEGA A ACUERDO CON LA PACIENTE PARA REALIZAR 2 SESIONES SEGUIDAS POR MOTIVOS DE LA DISPONIBILIDAD DE SU TIEMPO, PACIENTE AUTORIZA, COMPRENDE, ACEPTA Y FIRMA. SE INICIA SESIÓN CON TENS, ULTRASONIDO EN REGION CERVICAL FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

### EVOLUCIÓN

SESIÓN 2 DE 10 SE REALIZA MASAJE SEDATIVO, DRENAJE, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 30 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA TRAPÉCIOS, ESCALENOS, ROMBOIDES, ESPINALES, DORSAL ANCHO, Y MMSS FINALIZA SESIÓN SIN DOLOR Y SIN COMPLICACIONES

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

### EVOLUCIÓN

SESIÓN 3 DE 10 5:30 PM PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑIA DE SUS FAMILIARES CON TA 90/60 mmHg, FC 65X',FR 18X', SAT 95%, MANIFIESTA PRESENTAR DOLOR DE CABEZA EN ZONA SUPERIOR Y EN REGIÓN CERVICAL DE 5/10 SEGÚN EAV, INICIA SESIÓN CON CRIOTERAPIA POR 7 MINUTOS, TENS POR 20 MINUTOS, SE EXPLICA A LA PACIENTE EL BENEFICIO DE USAR VENTOSAS Y LOS EFECTOS SECUNDARIOS PACIENTE AUTORIZA, COMPRENDE, ACEPTA Y FIRMA. SE PROCEDE AM USO DE VENTOSAS EN REGION DE TRAPÉCIDOS. FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**



### EVOLUCIÓN

SESIÓN 4 DE 10 6:15 PM SE REALIZA MASAJE SEDATIVO EN REGIÓN CERVICAL, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 45 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA TRAPÉCIDOS, ESCALENOS, ROMBOIDES, ESPINALES. FINALIZA SESIÓN LA PACIENTE REFIERE QUE HA DISMINUIDO EL DOLOR DE CABEZA A 1/10 SEGÚN EAV PERO PERSISTE TENSIÓN EN LA REGION DERECHA DE CUELLO. SE DAN RECOMENDACIONES PARA MANEJO DE DOLOR EN CASA CON CALOR LOCAL Y SE EXPLICA QUE DEBE TENER PRECAUCIÓN DE NO QUEMARSE.

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**



### EVOLUCIÓN

SESIÓN 5 DE 10 4:00 PM PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑIA DE SUS HIJAS MANIFIESTA SENTIR DOLOR DE CABEZA HACIA REGION OCULAR DERECHA DE 8/10 SEGÚN EAV ,EN REGIÓN CERVICAL DE 5/10 SEGÚN EAV Y HABER TENIDO UNA DISCUSIÓN EN SU TRABAJO 5 MINUTOS ANTES DE INICIAR LA TERAPIA TOMO ADVIL HACE MEDIA HORA, SE REALIZA TOMA DE SIGNOS VITALES CON TA 120/80 mmHg, FC 85X', FR 21X', SAT 93%, INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TENS Y CALOR LOCAL EN REGIÓN CERVICAL POR 20 MINUTOS, ULTRASONIDO POR 10 MINUTOS. FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**



### EVOLUCIÓN

SESIÓN 6 DE 10 4:45 PM SE REALIZA MASAJE SEDATIVO, DRENAJE, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA TRAPÉCIOS, ESCALENOS, ROMBOIDES, ESPINALES, PECTORALES, ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO Y MUSCULATURA DE MMSS, EJERCICIOS DE ENTRENAMIENTO FUNCIONAL PARA CUELLO CON THERABAND ROJO 3 SERIES DE 10 REPETICIONES, EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN CONSCIENTE 3 SERIES DE 5 REPETICIONES CADA UNA, SE REALIZA EDUCACIÓN EN SALUD E HIGIENE POSTURAL FINALIZA SESIÓN MANIFESTANDO DOLOR DE 2/10 SEGÚN EAV Y SIN COMPLICACIONES

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**



### EVOLUCIÓN

SESIÓN 7 DE 10 5:15 PM PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SUS HIJAS, MANIFIESTA QUE EL FIN DE SEMANA Y HOY TUVO MUCHO DOLOR DE CABEZA POR LO CUAL EL DÍA DE HOY SOLICITO SERVICIO DE MEDICO DOMICILIARIO EN LA MAÑANA Y LE INYECTARON DICLOFENACO INTRAMUSCULAR SINTIENDO MEJORÍA, SE INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TOMA DE SIGNOS VITALES TA 100/70 mmHg, FC 70X', FR 17, SAT 94%, NO REFIERE DOLOR INICIA CON EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 3 REPETICIONES PARA TRAPÉCIOS, ESCALENOS, ROMBOIDES, ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, PECTORALES Y MUSCULATURA DE MMSS. FINALIZA SESIÓN PACIENTE MANIFIESTA QUE HA MEJORADO SUS RANGOS DE MOVILIDAD ARTICULAR Y SU FLEXIBILIDAD Y DESPUÉS DEL ESTIRAMIENTO ALGO DE CANSANCIO.

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**



### EVOLUCIÓN

SESIÓN 8 DE 10 REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 3 REPETICIONES PARA TRAPÉCIOS, ESCALENOS, ROMBOIDES, ESPINALES, PECTORALES, ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, EXTENSOR DE CUELLO, Y CON BALÓN DE BOBATH ESTIRAMIENTOS PARA TODO EL TREN POSTERIOR MISMO MÉTODO POR 4 REPETICIONES, EJERCICIOS DE ENTRENAMIENTO FUNCIONAL CON THERABAND ROJO 2 SERIES DE 15 REPETICIONES PARA CUELLO, Y CON DIAGONALES DE KABATH PARA CINTURA ESCAPULAR Y MMSS. SE COLOCA TENS POR 10 MINUTOS EN REGION CERVICAL Y SE REALIZA MASAJE DE RELAJACIÓN. FINALIZA SESIÓN LA PACIENTE REFIERE SENTIR CANSANCIO POR LOS EJERCICIOS QUEDA EN CASA SIN COMOLICACIONES

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**



### EVOLUCIÓN

SESIÓN 9 DE 10 1:30 PM PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SUS HIJAS, MANIFIESTA NO SENTIR DOLOR SE INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TOMA DE SIGNOS VITALES TA 100/60 mmHg, FC 70X', FR 18X', SAT 95%, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 3 REPETICIONES PARA TRAPÉCIOS, ESCALENOS, ROMBOIDES, ESPINALES, PECTORALES, ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, BICEPS BRAQUIAL, BRAQUIAL ANTERIOR, SUPINADOR CORTO, ANCONEO, EXTENSOR COMÚN DE LOS DEDOS, MUSCULATURA DE TODO EL TREN POSTERIOR EN SEDENTE CON BALÓN DE BOBATH. FINALIZA SESIÓN, MANIFIESTA SENTIR MEJORIA A SU SINTOMATOLOGÍA Y UN POCO DE CANSANCIO EN SUS BRAZOS POR LOS EJERCICIOS. QUEDA SIN COMPLICACIONES

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**



<b>PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO</b>	<b>NOMBRE PACIENTE</b>		MAGALLY ANDREA HURTADO OLIVEROS		
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>		CC 1032385770		
	<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		84400

### PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
1	2021-10-12 18:32:31	17:30	18:15	
2	2021-10-12 19:03:53	18:15	19:00	
3	2021-10-13 18:51:06	17:30	18:15	
4	2021-10-13 19:22:03	18:15	19:00	
5	2021-10-14 16:50:06	16:00	16:45	
6	2021-10-14 17:30:20	16:45	17:30	
7	2021-10-20 17:55:18	17:10	17:55	
8	2021-10-20 18:40:37	17:55	18:40	
9	2021-10-22 14:15:34	13:30	14:15	

**TOTAL SESIONES REALIZADAS: 10 SESIONES**

**OBSERVACIONES:** LM4742840, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORÍA, LM4742840, PIR INCONVENIENTES EN LA PLATAFORMA SE REALIZA EVOLUCIÓN HASTA ESTE

MOMENTO,PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORÍA, POR INCONVENIENTES EN LA PLATAFORMA SE REALIZA EVOLUCIÓN HASTA ESTE MOMENTO,LM4742840, PACIENTE MANIFIESTA SENTIR MEJORIA,LM4742840, PACIENTE MANIFIESTA SENTIR MEJORIA,LM4742840, PACIENTE MANIFIESTA SENTIR MEJORIA,LM4742840, PACIENTE MANIFIESTA SENTIR MEJORIA, LA OTRA SEMANA TIENE CONTROL CON NEUROLOGÍA,LM4742840, PACIENTE MANIFIESTA SENTIR MEJORIA, LA OTRA SEMANA TIENE CONTROL CON NEUROLOGÍA,,

EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ



C.C. 52976746

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA