

## HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 1034784418

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-07-02

## DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO OTHER	DOCUMENTO NÚMERO 1034784418	
PRIMER NOMBRE ALCARO	SEGUNDO NOMBRE MIGUEL	
PRIMER APELLIDO MORENO	SEGUNDO APELLIDO ARIZA	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 2011-05-16	EDAD: 10 AÑOS	ESTADO CIVIL SOLTERO
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CARRERA 68#23-47	TELÉFONO: 3143330353	
SEXO MALE	EPS COMPENSAR	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE ESTUDIANTE		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO 3143330353	PARENTESCO MADRE
MÉDICO TRATANTE JENNY ZORAYDA CARO ALONSO	DIAGNOSTICO MÉDICO APÓFISIS POR TRACCIÓN EN LOS CALCANEOS	

## MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

.
---

## ANTECEDENTES

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
OTROS	

## VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

DOLOR: Al movimiento y a palpación en talon bilateral,
EDEMA: No presenta,
MOVILIDAD ARTICULAR: Sin alteraciones,
SENSIBILIDAD: Sin alteraciones,

<b>SISTEMA INTEGUMENTARIO:</b> Sin alteraciones,
<b>FUERZA MUSCULAR:</b> Sin alteraciones,
<b>FLEXIBILIDAD:</b> Disminución leve,
<b>POSTURA:</b> Sin alteraciones,
<b>MARCHA:</b> Sin alteraciones,
<b>EQUILIBRIO:</b> Sin alteraciones,
<b>RIESGO DE CAIDA:</b> No,
<b>OTRAS VALORACIONES:</b> No,

## **DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)**

Paciencia con Alteraciones en el sistema músculo esquelético don lo limita para realizar la marcha

## **OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO**

Disminuir el dolor mejorar la movilidad articular fuerza muscular elongación muscular disminuir las retracciones musculares por medio de medios físicos calor y crioterapia estimulación muscular fortalecimiento muscular estiramiento muscular balonterapia

**NOMBRE DEL PROFESIONAL:** JENNY ZORAYDA CARO ALONSO

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

**C.C DEL PROFESIONAL:** 1014207688



## FORMATO DE EVOLUCIÓN

**HISTORIA CLÍNICA NÚMERO** 64

DATOS GENERALES	
PRIMER NOMBRE: ALCARO	SEGUNDO NOMBRE: MIGUEL
PRIMER APELLIDO: MORENO	SEGUNDO APELLIDO: ARIZA
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: OTHER. 1034784418	
EDAD: 10 AÑOS	EPS: COMPENSAR
DIAGNOSTICO MÉDICO: APÓFISIS POR TRACCIÓN EN LOS CALCANEOS	
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 10 SESIONES	

### EVOLUCIÓN

Menor de género masculino a quién se le realiza valoración fisioterapéutica se dan recomendaciones de colo termoterapia se realiza movilidad articular y estiramiento muscular se deja paciente estable

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

### EVOLUCIÓN

Se realiza lavado de manos de utiliza elementos de protección personal guantes y tapabocas se realiza movilidad articular activo asistido fortalecimiento muscular descargas de peso entrenamiento muscular 3 series de 20 segundos se coloca crioterapia durante 5 minutos se finaliza sesión sin novedades

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

### EVOLUCIÓN

Se realiza lavado de manos se utiliza elementos de protección personal guantes y tapabocas se coloca termoterapia seguido de masaje movilidad articular fortalecimiento muscular descargas de peso entrenamiento muscular 3 series de 20 segundos se finaliza sesión sin novedades. El día de hoy quedan registradas dos firmas el día anterior por error de la plataforma no quedo guardada.

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

### EVOLUCIÓN

Se realiza lavado de manos se utiliza elementos de protección personal guantes y tapabocas se coloca termoterapia seguido de masaje movilidad articular fortalecimiento muscular estiramiento muscular 3 series de 20 segundos se finaliza sesión con ejercicios de propiocepción se deja paciente estable

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

### **EVOLUCIÓN**

Se realiza lavado de manos se utiliza elementos de protección personal guantes y tapabocas se coloca termoterapia seguido de fortalecimiento muscular masaje descargas de peso y estiramiento muscular 3 series de 20 segundos se finaliza sesión sin novedades

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

### **EVOLUCIÓN**

Se realiza lavado de manos se utiliza elementos de protección personal guantes y tapabocas se realiza movilidad articular y masaje se coloca termoterapia seguido de fortalecimiento muscular descargas de peso y estiramiento muscular 3 series de 20 segundos se finaliza sesión sin novedades

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

### **EVOLUCIÓN**

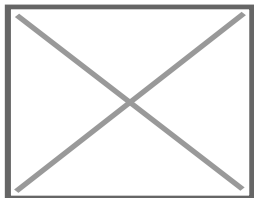
Se realiza lavado de manos se utiliza elementos de protección personal guantes y tapabocas se coloca calor humana se realiza masaje estiramiento muscular 3 series de 20 segundos se continúa con descargas de peso se finaliza sesión sin novedades

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**

### **EVOLUCIÓN**

Se realiza lavado de manos se utiliza elementos de protección personal guantes y tapabocas se realiza movilidad articular activo asistido 3 series de 10 repeticiones de realiza masaje se continúa con descargas de peso estiramiento muscular 3 series de 20 segundos se finaliza sesión sin novedades

**FIRMA DEL PROFESIONAL:**



<b>PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO</b>	<b>NOMBRE PACIENTE</b>		ALCARO MIGUEL MORENO ARIZA		
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>		OTHER 1034784418		
	<b>N° DE SESIONES ORDENADAS</b>		10 SESIONES		
<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS</b>	JENNY ZORAYDA CARO ALONSO	<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	2021-07-02 11:25:47	10:45	11:30	Yorlen Mola
2	2021-07-06 13:39:33	12:50	13:35	
3	2021-07-07 10:41:00	09:50	10:35	
4	2021-07-08 10:41:48	10:00	10:45	
5	2021-07-09 15:36:42	14:45	15:30	
6	2021-07-10 10:29:46	09:45	10:30	Yorlen Mola
7	2021-07-12 16:19:37	15:40	16:25	
8	2021-07-13 13:11:28	12:20	13:05	Yorlen Mola

**TOTAL SESIONES REALIZADAS:** 10 SESIONES

**OBSERVACIONES:** Pv0701289, ., ., ., ., ., ., ., .

JENNY ZORAYDA CARO ALONSO

**NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA**

C.C. 1014207688

**FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA**