

HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 52998563

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-07-09

DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 52998563	
PRIMER NOMBRE DIANA	SEGUNDO NOMBRE MARCELA	
PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO CARVAJAL	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 1984-10-06	EDAD: 37 AÑOS	ESTADO CIVIL CASADA
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CL 180 N 12A-16	TELÉFONO: 3008760621	
SEXO FEMALE	EPS FAMISANAR	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE ING D SISTEMAS		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO 3103177403	PARENTESCO ESPOSO
MÉDICO TRATANTE JULIETH JASMINE GAMEZ ARIAS	DIAGNOSTICO MÉDICO ESGUINCE MF DEL PULGAR IZQUIERDO ACCIDENTE MAYO 30	

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

.

ANTECEDENTES

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS
ninguna,	recesion de polipos uterinos,
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
esguince de 1 falange del dedo derecho de mano y fractura de clavícula,	ninguno,
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
hipertension arteria (mama),	traumen, zeel,
OTROS	

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

DOLOR: 7 10 en eva a la flexion y extension del primer dedo,

EDEMA: no presenta no inflamcion,

MOVILIDAD ARTICULAR: limitada el rom limitado para la extension y flexion,
SENSIBILIDAD: no sensibilidad en punta del dedo derecho,
SISTEMA INTEGUMENTARIO: normal,
FUERZA MUSCULAR: debilitada para flexoextenson,
FLEXIBILIDAD: limitada,
POSTURA: descenso hombro izquierdo por fractura de clavícula , posicion antalgica,
MARCHA: normal,
EQUILIBRIO: normal,
RIESGO DE CAIDA: baja,
OTRAS VALORACIONES: ,

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

paciente presenta deficiencias en la parte de integracion musculoesqueletica , rom , flexibilidad.

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

Disminuir dolor, inflamación y hematoma con el fin de general mayores rangos de movimiento, aumentando fuerza muscular y así ayudar a restablecer las actividades de la vida diaria, a través de ejercicios enfocados en movilizaciones activas y pasivas, fortalecimiento muscular isometrico y isocinetico, terapia sedativa, electroterapia, terapia manual, estiramientos musculares entre otras.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: JULIETH JASMINE GAMEZ ARIAS

FIRMA DEL PROFESIONAL:



C.C DEL PROFESIONAL: 1032373599



FORMATO DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 84

DATOS GENERALES

PRIMER NOMBRE: DIANA	SEGUNDO NOMBRE: MARCELA
PRIMER APELLIDO: RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO: CARVAJAL
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 52998563	
EDAD: 37 AÑOS	EPS: FAMISANAR
DIAGNOSTICO MÉDICO: ESGUINCE MF DEL PULGAR IZQUIERDO ACCIDENTE MAYO 30	
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 12 SESIONES	

EVOLUCIÓN

Paciente femenina de 36 años de edad quien se encuentra en buenas condiciones generales en compañía de esposo alerta y ubicada en sus tres esferas mentales, con signos vitales estables en TA: 123 / 81 mmhg, FC:78 lpm, sato2: 90 %, se inicia valoración fisioterapeuta encontrando dolor en 7/ 10 en Eva, presenta debilidad muscular en 1 dedo y muñeca derecha ,no edema ,no inflamación, Rom limitados por dolor y retracciones musculares, se inicia terapia con manejo de dolor con termoterapia a 10 minutos y estiramientos musculares. Se deja estable.

FIRMA DEL PROFESIONAL:

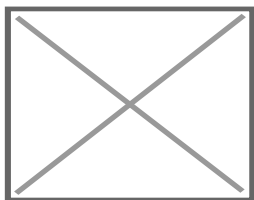
BERNARDINO

EVOLUCIÓN

Paciente femenina quien se encuentra en compañía de esposo en buenas condiciones generales, alerta y ubicada en sus 3 esferas mentales, se inicia terapia con ejercicios de estiramientos musculares de forma pasiva 1 serie de 5 repeticiones en músculos palmar mayor, abductor largo del pulgar, extensor común de los dedos y pronador cuadrado, se realiza ejercicios de fortalecimiento muscular isocinetico con ejercitadores de dedos y mano 2 series de 10 repeticiones acompañado de ejercicios con theraband azul 1 serie de 10 repeticiones, se realiza masaje descontracturante y manipulaciones. se deja estable.



FIRMA DEL PROFESIONAL:

Verónica Quijón



PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO	NOMBRE PACIENTE		DIANA MARCELA RODRIGUEZ CARVAJAL		
	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CC 52998563		
	N° DE SESIONES ORDENADAS		12 SESIONES		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS	JULIETH JASMINE GAMEZ ARIAS	PAGO DE DEDUCIBLE	SI	NO	VALOR
			X		0

PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
1	2021-07-09 16:29:54	03:30	04:25	
2	2021-07-12 15:17:52	14:40	15:25	

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 12 SESIONES

OBSERVACIONES: Im4657402, Lm4657402,

JULIETH JASMINE GAMEZ ARIAS

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA



C.C. 1032373599

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA