

HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 52216667

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-07-06

DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 52216667	
PRIMER NOMBRE VIVIANA	SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO CLAVIJO	SEGUNDO APELLIDO ROMERO	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 1977-09-15	EDAD: 44 AÑOS	ESTADO CIVIL CASADA
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CALLE 87 # 96 -90	TELÉFONO: 3102280296	
SEXO FEMALE	EPS SANITAS	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE EMPLEADA		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO 3183227864	PARENTESCO ESPOSO
MÉDICO TRATANTE MARYORIE VANESSA GALAN CASTELLANOS	DIAGNOSTICO MÉDICO	

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

.

ANTECEDENTES

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS
No refiere,	Cirugía de vesícula y 2 cesareas,
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
No refiere,	No refiere,
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
No refiere,	Tiocolfen 400,,
OTROS	

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

DOLOR: 10/ 10 según escala analoga verbal a nivel de cadera derecha y a nivel lumbar,
EDEMA: Presenta edema de 5/5 a nivel de zona lumbar y cadera derecha,
MOVILIDAD ARTICULAR: Rangos de movilidad articular disminuidos para flexión, extensión, abducción, aducción.,

SENSIBILIDAD: Alterada a nivel de L3,L4,L5.,
SISTEMA INTEGUMENTARIO: Propiedades tróficas y mecánicas de la piel conservadas,
FUERZA MUSCULAR: -2/5 menos de la mitad de movilidad articular contra resistencia,
FLEXIBILIDAD: Alterada para Lumbares, isquiotibiales, cuádriceps,,
POSTURA: Alterada cadera en anteversión,
MARCHA: Realiza marcha con cojera después de permanecer mucho tiempo sentada.,
EQUILIBRIO: ,
RIESGO DE CAIDA: ,
OTRAS VALORACIONES: ,

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

Paciente presenta deficiencia musculoesqueletica limitandola para realizar actividades de la vida diaria.

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

Disminuir Dolor Disminuir edema Mejorar la movilidad articular Aumentar la fuerza muscular Mejorar la actitud postural Mejorar la marcha

NOMBRE DEL PROFESIONAL: MARYORIE VANESSA GALAN CASTELLANOS

FIRMA DEL PROFESIONAL: 

C.C DEL PROFESIONAL: 1018439801



FORMATO DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 70

DATOS GENERALES

PRIMER NOMBRE: VIVIANA

SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: CLAVIJO

SEGUNDO APELLIDO: ROMERO

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 52216667

EDAD: 44 AÑOS

EPS: SANITAS

DIAGNOSTICO MÉDICO:

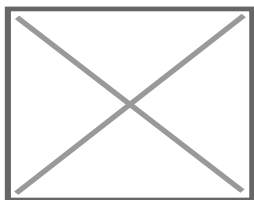
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 10 SESIONES

EVOLUCIÓN

SE ENCUENTRA PACIENTE EN SU DOMICILIO EN OPTIMAS CONDICIONES, SE REALIZA VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA, FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE REALIZA APLICACIÓN DE TENS DURANTE 15 MINUTOS, CONTRASTE TERMICO, APLICACIÓN DE ULTRASONIDO. SE FINALIZA SESIÓN SIN NINGUNA COMPLICACIÓN.

FIRMA DEL PROFESIONAL:

VANESSA
GALANC



PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO	NOMBRE PACIENTE		VIVIANA CLAVIJO ROMERO		
	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CC 52216667		
	N° DE SESIONES ORDENADAS		10 SESIONES		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS	MARYORIE VANESSA GALAN CASTELLANO S	PAGO DE DEDUCIBLE	SI	NO	VALOR
			X		35000

PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
1	2021-07-06 17:49:42	17:25	18:10	

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 10 SESIONES

OBSERVACIONES: PV0698731,

MARYORIE VANESSA GALAN CASTELLANOS

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

C.C. 1018439801

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA