



HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 80096403

FECHA DE APERTURA DE LA H.C A/M/D: 2021-10-25

DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 80096403	
PRIMER NOMBRE JOHN	SEGUNDO NOMBRE JAIR	
PRIMER APELLIDO FRANCO	SEGUNDO APELLIDO RODRIGUEZ	
FECHA DE NACIMIENTO: A/M/D 1982-09-19	EDAD: 39 AÑOS	ESTADO CIVIL CASADO
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CARRERA 87 #17 - 35	TELÉFONO: 3002415453	
SEXO MALE	EPS FAMISANAR	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE EMPLEADO		
NOMBRE DEL RESPONSABLE CAROLINA SANDOVAL	TELÉFONO 3115444640	PARENTESCO ESPOSA
DIAGNOSTICO MÉDICO TENOSINOVITIS DE QUERVAIN		

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

DISMINUIR DOLOR MEJORAR FLEXIBILIDAD MEJORAR MOVILIDAD ARTICULAR MEJORAR FUERZA PLAN DE TRATAMIENTO MEDIOS FÍSICOS, TENS, ULTRASONIDO, MASAJE EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING DIGIFLEX, BANDAS PARA DEDOS EDUCACIÓN EN SALUD HIGIENE POSTURAL.

ANTECEDENTES

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS
NIEGA,	NIEGA,
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
NIEGA,	NIEGA,
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
,	NIEGA,,
OTROS	
SEDENTARISMO,,	

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

DOLOR: DOLOR OCASIONAL EN REGION CUBITAL DE MUÑECA DERECHA,
EDEMA: NIEGA,
MOVILIDAD ARTICULAR: LIMITACIÓN PARA REALIZAR DESVIACIÓN RADIAL POR DOLOR, RESTO CONSERVADO FUNCIONAL,
SENSIBILIDAD: SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA,
SISTEMA INTEGUMENTARIO: PROPIEDADES DE LA PIEL CONSERVADAS,
FUERZA MUSCULAR: MUSCULATURA INTRÍNSECA DE MANO FUNCIONAL 3+/5 MANO DERECHA,
FLEXIBILIDAD: RETRACCIONES MUSCULARES MODERADAS EN PRONADOR REDONDO, PALMAR MAYOR Y MENOR, CUBITAL ANTERIOR, FLEXORES DE DEDOS, SUPINADOR CORTO, ANCONEO EXTENSOR COMÚN DE LOS DEDOS,
POSTURA: CONSERVADA,
MARCHA: CONSERVADA,
EQUILIBRIO: NO APLICA,
RIESGO DE CAIDA: BAJO,
OTRAS VALORACIONES: QUERVAIN + DERECHO,

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

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

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

DISMINUIR DOLOR MEJORAR FLEXIBILIDAD MEJORAR MOVILIDAD ARTICULAR MEJORAR FUERZA PLAN DE TRATAMIENTO MEDIOS FÍSICOS, TENS, ULTRASONIDO, MASAJE EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING DIGIFLEX, BANDAS PARA DEDOS 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 CC. 80096403

DATOS GENERALES

PRIMER NOMBRE: JOHN	SEGUNDO NOMBRE: JAIRO
PRIMER APELLIDO: FRANCO	SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 80096403	
EDAD: 39 AÑOS	EPS: FAMISANAR
DIAGNOSTICO MÉDICO: TENOSINOVITIS DE QUERVAIN	
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 10 SESIONES	

EVOLUCIÓN

SESIÓN 1 DE 10 12:30 PM PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS DE EDAD REMITIDO POR EL SERVICIO DE ORTOPEDIA DR. SEBASTIAN RODRIGUEZ CON DX MEDICO DE TENOSINOVITIS DE QUERVAIN DE UN MES DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR EN REGION RADIAL DE MUÑECA DIN INFORMACIÓN DE APARICIÓN SÚBITA. SE ENCUENTRA EN SU DOMICILIO EN COMPAÑIA DE SUS FAMILIARES A QUIEN SE LE REALIZA VALORACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA ENCONTRANDO DOLOR AL MOVIMIENTO Y LA PALPACION DE CARA RADIAL DE MUÑECA DERECHA DE 6/10 SEGÚN EAV, LIMITACIÓN EN LA MOVILIDAD ARTICULAR Y RETRACCIONES MUSCULARES MODERADAS., SE INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TOMA DE SIGNOS VITALES TA 100/70 mmHg, FC 64X', FR 18X', SAT 94%, SE MODULA DOLOR CON CRIOTERAPIA POR 7 MINUTOS, TENS POR 10 MINUTOS, ULTRASONIDO. FINALIZA SESIÓN MANIFESTANDO DISMINUCIÓN DE DOLOR A 5/10 SEGÚN EAV. Y SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:

EVOLUCIÓN

a

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 2 DE 10 12:40 PM PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SU ESPOSA MANIFIESTA SENTIR DOLOR EN REGIÓN RADIAL DE MUÑECA DERECHA DE 4/10 SEGÚN EAV, SE INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TOMA DE SIGNOS VITALES TA 100/60 mmHg, FC 73X',FR 17X',SAT 93%, SE MODULA DOLOR CON CRIOTERAPIA POR 7 MINUTOS, TENS POR 10 MINUTOS, ULTRASONIDO POR 10 MINUTOS, MASAJE Y DRENAJE, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 30 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA PRONADOR REDONDO, PALMAR MAYOR Y MENOR, CUBITAL ANTERIOR, FLEXORES DE DEDOS, SUPINADOR CORTO, ANCONEO Y EXTENSOR COMÚN DE LOS DEDOS. FINALIZA SESIÓN CON DOLOR DE 1/10 SEGÚN EAV EN REGION RADIAL DE MUÑECA DERECHA Y SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 3 DE 10 11:50 AM PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SUS FAMILIARES MANIFIESTA SENTIR DOLOR DE 8/10 SEGÚN EAV EN BORDE RADIAL DE BRAZO Y MANO DERECHA .,EL DIA DE AYER ESTUVO EN SU OFICINA Y SOLO REALIZO LOS ESTIRAMIENTOS UNA SOLA VEZ AL DIA. SE INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TOMA DE SIGNOS VITALES TA 90/60 mmHg, FC 67X', FR 18X', SAT 94%, SE MODULA DOLOR CON TENS POR 20 MINUTOS, ULTRASONIDO POR 10 MINUTOS, MASAJE Y DRENAJE AL ENCONTRAR ESPASMOS EN MUSCULATURA DE ANTEBRAZO DERECHO. FINALIZA SESIÓN MANIFESTANDO DISMINUCIÓN DE DOLOR A 5/10 SEGÚN EAV QUEDA SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 4 DE 10 11:45 PM PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SUS FAMILIARES MANIFIESTA SENTIR MUCHA MEJORIA Y HABER DISMINUIDO DOLOR E INFLAMACIÓN EN MUÑECA DERECHA, EL DIA DE HOY REFIERE DOLOR EN MUÑECA DERECHA CARA RADIAL DE 5/10 SEGÚN EAV, SE INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TOMA DE SIGNOS VITALES TA 110/70 mmHg, FC 68X', FR 18 X', SAT 94%, SE MODULA DOLOR CON TENS POR 15 MINUTOS EN MUÑECA DERECHA, ULTRASONIDO EN MUÑECA Y ANTEBRAZO DERECHO, MASAJE, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA PRONADOR REDONDO, PALMAR MAYOR Y MENOR, CUBITAL ANTERIOR, FLEXORES DE DEDOS, SUPINADOR CORTO, ANCONEO, EXTENSOR COMÚN DE LOS DEDOS.

FIRMA DEL PROFESIONAL: 

EVOLUCIÓN

SESIÓN 5 DE 10 11:50 AM PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SUS FAMILIARES MANIFIESTA SENTIR DOLOR EN CARA RADIAL DE MUÑECA DERECHA SECUNDARIO A MOVIMIENTO BRUSCO DE MANO DE 7/10 SEGÚN EAV, SE INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TOMA DE SIGNOS VITALES TA 120/80 mmHg, FC 72 x', FR 18X', SAT 93%, SE MODULA DOLOR CON CRIOTERAPIA POR 7 MINUTOS, TENS POR 15 MINUTOS, MASAJE, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA PRONADOR REDONDO, PALMAR MAYOR Y MENOR, CUBITAL ANTERIOR, FLEXORES DE DEDOS, SUPINADOR CORTO, ANCONEO, EXTENSOR COMÚN DE LOS DEDOS, ABDUCTOR PROPIO DEL PULGAR. FINALIZA SESIÓN MANIFESTANDO DISMINUCIÓN DE DOLOR A 2/10 SEGÚN EAV EN BORDE RADIAL DE MUÑECA DERECHA. QUEDA EN DOMICILIO SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL: 

EVOLUCIÓN

SESIÓN 6 DE 10 9:00 AM PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑIA DE SUS FAMILIARES, MANIFIESTA SENTIR MEJORIA Y REFIERE DOLOR EN ESTILOIDES RADIAL DE 4/10 SEGÚN EAV, SE INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TOMA DE SIGNOS VITALES TA 100/60 mmHg, FC 81X', FR 19X', SAT 93%, SE MODULA DOLOR CON TENS POR 15 MINUTOS, ULTRASONIDO POR 10 MINUTOS, MASAJE, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 3 REPETICIONES PARA SUPINADOR CORTO, ANCONEO, EXTENSOR COMÚN DE LOS, EXTENSOR CORTO DEL PULGAR, ABDUCTOR PROPIO DEL PULGAR. FINALIZA SESIÓN MANIFESTANDO DISMINUCIÓN DE DOLOR A 3/10 SEGÚN EAV, QUEDA EN DOMICILIO SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 7 DE 10 9:15 AM PACIENTE EN SU DOMICILIO EN BUEN ESTADO GENERAL APARENTE DE SALUD EN COMPAÑIA DE SUS FAMILIARES MANIFIESTA SENTIRSE MEJOR, REFIERE QUE SOLO HAY DOLOR AL REALIZAR ALGUNOS MOVIMIENTOS QUE INVOLUCRAN DESVIACIÓN CUBITAL, EXTENSION DE PULGAR, AL MOMENTO DE INICIAR LA SESIÓN NO REFIERE DOLOR, SE INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TOMA DE SIGNOS VITALES TA 90/60 mmHg, FC 72X', FR 18X', SAT 93%, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA PRONADOR REDONDO, PALMAR MAYOR Y MENOR, CUBITAL ANTERIOR, FLEXORES DE DEDOS, FLEXOR PROPIO DEL PULGAR, ABDUCTOR PROPIO DEL PULGAR, SUPINADOR CORTO, ANCONEO, EXTENSOR COMÚN DE LOS DEDOS, EJERCICIOS DE PRONACION Y SUPINACION CON AUTOCARGA 3 SERIES DE 10 REPETICIONES, EJERCICIOS DE MOVILIDAD ARTICULAR CORCUNDUCCION CON PUÑO CERRADO 2 SERIES DE 10 REPETICIONES HACIA AFUERA Y HACIA ADENTRO. EJERCICIO CON DIGIFLEX ROJO PARA FLEXIÓN DE DEDOS 2 SERIES DE 10 REPETICIONES, SE COLOCA TENS POR 5 MINUTOS EN MUÑECA IZQUIERDA. FINALIZA SESIÓN MANIFESTANDO SENTIRSE BIEN Y SIN DOLOR. QUEDA EN DOMICILIO SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 8 DE 10 9:00 AM PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SUS FAMILIARES, MANIFIESTA SENTIRSE MUY BIEN Y HABER MEJORADO SU CUADRO CLÍNICO. SE INICIA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA CON TOMA DE SIGNOS VITALES TA 110/70 mmHg, FC 72X', FR 19X', SAT 93%, MANIFIESTA DOLOR EN MUÑECA DERECHA CARA RADIAL DE 3/10 SEGÚN EAV, SE MODULA DOLOR CON ULTRASONIDO POR 10 MINUTOS EN ANTEBRAZO DERECHO CARA DORSAL PALMAR, MASAJE MANUAL. REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA PRONADOR REDONDO, PALMAR MAYOR Y MENOR, CUBITAL ANTERIOR, FLEXORES DE DEDOS, SUPINADOR CORTO, ANCONEO, EXTENSOR COMÚN DE LOS DEDOS, ABDUCTOR PROPIO DEL PULGAR, EXTENSOR PROPIO DEL PULGAR. REALIZA EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR CON BANDA AMARILLA PARA DEDOS W SERIES DE 10 REPETICIONES Y DIGIFLEX ROJO 2 SERIES DE 15 REPETICIONES. FINALIZA SESIÓN MANIFESTANDO DISMINUCIÓN DE DOLOR A 2/10 SEGÚN EAV, QUEDA EN DOMICILIO SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:





PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO	NOMBRE PACIENTE		JOHN JAIRO FRANCO RODRIGUEZ		
	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CC 80096403		
	N° DE SESIONES ORDENADAS		10 SESIONES		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LAS TERAPIAS	EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ	PAGO DE DEDUCIBLE	SI	NO	VALOR
			X		105500

PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
1	2021-10-25 13:16:03	12:30	13:15	
2	2021-10-25 15:00:01	14:59	14:01	
3	2021-10-26 13:25:42	12:40	13:25	
4	2021-10-28 12:37:47	11:50	12:35	
5	2021-11-02 12:30:25	11:45	12:30	

6	2021-11-04 12:37:01	11:50	12:35	
7	2021-11-10 09:40:45	08:55	09:40	
8	2021-11-11 10:05:50	09:20	10:05	
9	2021-11-16 09:46:32	09:00	09:45	

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 10 SESIONES

OBSERVACIONES:

LM4780309,1,LM4780309,LM4780309,LM4780309,LM4780309,LM4780309,LM4780309,LM4780309,,

EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ



C.C. 52976746

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA