

## HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 52806218

FECHA DE APERTURA DE LA H.C D/M/A: 2021-06-23

## **DATOS DEL PACIENTE**

	,		
TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTO NÚMERO		
CC	52806218		
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
ANGELA	RUBIELA		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
JIMENEZ	CHAPARRO		
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A	EDAD:	ESTADO CIVIL	
1981-12-09	40 AÑOS	CASADA	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:	TELÉFONO:		
CLL 158 #96A-25 TORRE 2 APTO 402	3125768934		
SEXO	EPS		
FEMALE	COMPENSAR		
OCUPACIÓN DEL PACIENTE			
EMPLEADA			
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO	PARENTESCO	
	3203080022	ESPOSO	
MÉDICO TRATANTE	DIAGNOSTICO MÉDICO		
JULIETH JASMINE GAMEZ ARIAS	TENDINITIS EN MANO IZQUIERDA,		
	COMPRESIÓN TÚNEL DEL CARPO, DOLOR		
	PATELOFEMORAL IZQUIERDA		

## MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

## **ANTECEDENTES**

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS
Hipktiroidismo,	Ninguno,
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
Ninguno,	Ninguno,
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
Cáncer hueso ( tia),	Levotirocina,
OTROS	
,	

# VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

<b>DOLOR:</b> Presenta dolor de 7/10 eva en muñeca que se irradia a hombro,
<b>EDEMA</b> : No presenta, inflamación,

MOVILIDAD ARTICULAR: Limitada por dolor, SENSIBILIDAD: Conservada, SISTEMA INTEGUMENTARIO: Conservada, FUERZA MUSCULAR: Debilidad muscular de palmar mayor, cuadriceps e isquiotibiales, trapecio y columna cervical. FLEXIBILIDAD: Limitada, POSTURA: Postura mecánicas, MARCHA: Buena. EQUILIBRIO: Bueno, RIESGO DE CAIDA: Bajo, **OTRAS VALORACIONES:**,

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

Paciente femenina quien presenta alteraciones en categorías musculoesqueletica, dolor y rom em mmss y mmii

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

Disminuir edema e inflamación aumentando Rom, fuerza muscular con el fin de tener funcionalidad en sus actividades diarias a través de ejercicios isometricos, terapia sedativas, ejercicios de estiramientos musculares, masaje descontracturante, y electroterapia.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: JULIETH JASMINE GAMEZ ARIAS

FIRMA DEL PROFESIONAL:

C.C DEL PROFESIONAL: 1032373599



#### FORMATO DE EVOLUCIÓN

## HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 36

DATOS GENERALES				
PRIMER NOMBRE: ANGELA	SEGUNDO NOMBRE: RUBIELA			
PRIMER APELLIDO: JIMENEZ	SEGUNDO APELLIDO: CHAPARRO			
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 52806218				
EDAD: 40 AÑOS	EPS: COMPENSAR			
DIAGNOSTICO MÉDICO: TENDINITIS EN MANO IZQUIERDA, COMPRESIÓN TÚNEL DEL CARPO,				
DOLOR PATELOFEMORAL IZQUIERDA				
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 15 SESIONES				

#### **EVOLUCIÓN**

Disminuir edema e inflamación aumentando Rom, fuerza muscular reeducando marcha y equilibrio con el fin de tener funcionalidad en sus actividades diarias a través de ejercicios isometricos, terapia sedativas, ejercicios de equilibrio, propiocepcion y marcha, terapia, antiedema, electroterapia.

FIRMA DEL PROFESIONAL:

#### **EVOLUCIÓN**

Paciente femenina de 39 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: 134 /98 mmgh, FC: 76 lpm, sato2: 90 %, se inicia valoración fisioterapeuta encontrando dolor en antebrazo y muñeca de 7 / 10 en Eva, presenta debilidad muscular en Isquiotibiales y cuadriceps y mmss, inflamación, Rom limitados por dolor y retraciones musculares en antebrazo izquierdo, se inicia terapia con manejo de dolor con termoterapia a 10 minutos, electroterapia a baja intensidad y estiramientos musculares. Se deja estable.

FIRMA DEL PROFESIONAL:



PLANILLA DE	NOMBRE PACIENTE		ANGELA RUBIELA JIMENEZ CHAPARRO		
FIRMAS DOMICILIO	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CC 52806218		
	N° DE SESIONES ORDENADAS		15 SESIONES		
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE	JULIETH	PAGO DE DEDUCIBLE	SI	NO	VALOR
REALIZA LAS TERAPIAS	JASMINE GAMEZ ARIAS		X		126600

## PLANILLA DE FIRMAS

N°	FECHA DE ATENCIÓN	HORA DE INICIO	HORA FINAL	FIRMA DEL PACIENTE
1	2021-06-23 15:46:37	15:00	15:50	
2	2021-06-23 15:50:34	15:00	15:50	Ongelojiménez

**TOTAL SESIONES REALIZADAS**: 15 SESIONES

**OBSERVACIONES:** PV0694723, PV0694723,

JULIETH JASMINE GAMEZ ARIAS

DISMINE GROWN

**C.C.** 1032373599

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA