



## HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 80096403

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

## DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 80096403	
PRIMER NOMBRE JOHN	SEGUNDO NOMBRE JAIRÓ	
PRIMER APELLIDO FRANCO	SEGUNDO APELLIDO RODRIGUEZ	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 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
MÉDICO TRATANTE EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ	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

<b>DOLOR:</b> DOLOR OCASIONAL EN REGION CUBITAL DE MUÑECA DERECHA,
<b>EDEMA:</b> NIEGA,
<b>MOVILIDAD ARTICULAR:</b> LIMITACIÓN PARA REALIZAR DESVIACIÓN RADIAL POR DOLOR, RESTO CONSERVADO FUNCIONAL,
<b>SENSIBILIDAD:</b> SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA,
<b>SISTEMA INTEGUMENTARIO:</b> PROPIEDADES DE LA PIEL CONSERVADAS,
<b>FUERZA MUSCULAR:</b> MUSCULATURA INTRÍNSECA DE MANO FUNCIONAL 3+/5 MANO DERECHA,
<b>FLEXIBILIDAD:</b> RETRACCIONES MUSCULARES MODERADAS EN PRONADOR REDONDO, PALMAR MAYOR Y MENOR, CUBITAL ANTERIOR, FLEXORES DE DEDOS, SUPINADOR CORTO, ANCONEO EXTENSOR COMÚN DE LOS DEDOS,
<b>POSTURA:</b> CONSERVADA,
<b>MARCHA:</b> CONSERVADA,
<b>EQUILIBRIO:</b> NO APLICA,
<b>RIESGO DE CAIDA:</b> BAJO,
<b>OTRAS VALORACIONES:</b> 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** 173

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:**



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

**TOTAL SESIONES REALIZADAS:** 10 SESIONES

**OBSERVACIONES:** LM4780309,,

EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ



**C.C. 52976746**

**NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA**

**FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA**