

HISTORIA CLÍNICA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Documento de identidad): 52099426

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

DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DOCUMENTO CC	DOCUMENTO NÚMERO 52099426	
PRIMER NOMBRE LILIANA	SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO BONILLA	SEGUNDO APELLIDO RODRÍGUEZ	
FECHA DE NACIMIENTO: D/M/A 1972-08-24	EDAD: 49 AÑOS	ESTADO CIVIL CASADA
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CARRERA 70C # 55- 42	TELÉFONO: 3208659883	
SEXO FEMALE	EPS SURA	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE EMPLEADA		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	TELÉFONO 3144895123	PARENTESCO ESPOSO
MÉDICO TRATANTE EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ	DIAGNOSTICO MÉDICO TERAPIA FÍSICA DE COLUMNA CERVICAL Y MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SÍNDROME CERVICOBRAQUIAL?	

MOTIVO DE CONSULTA DE FISIOTERAPÉUTICA

.

ANTECEDENTES

MÉDICO PATOLÓGICO	QUIRURGICOS
HIPOGLICEMIA,	SEPTORINOOLASTIA, 3 CESÁREAS,,
TRAUMÁTICOS	ALERGICOS
ESGUINCES DE TOBILLO A REPETICIÓN,	NIEGA,
FAMILIARES	FARMACOLÓGICOS
ABUELA MATERNA FALLECIDA DIABETES, TÍA MATERNA FALLECIDA CÁNCER DE UTERO,,	NAPROXENO CUANDO HAY DOLOR,
OTROS	
SEDENTARIA,	

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

DOLOR: EN REGIÓN CERVICODORSAL, HOMBROS Y MANOS DE 9/10 SEGÚN EAV,

EDEMA: GRADO II EN REGIÓN CERVICAL,,
MOVILIDAD ARTICULAR: RANGOS DE MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADOS FUNCIONALES EN REGIÓN CERVICAL, DORSAL Y MMSS,
SENSIBILIDAD: SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA,
SISTEMA INTEGUMENTARIO: PROPIEDADES DE LA PIEL CONSERVADAS,
FUERZA MUSCULAR: GENERAL FUNCIONAL NO SE REALIZA VALORACIÓN ESPECIFICA POR DOLOR,
FLEXIBILIDAD: RETRACCIONES MUSCULARES MODERADAS PARA CINTURA ESCAPULAR, ESPINALES, PECTORALES, MMSS,
POSTURA: CIFOTICA,
MARCHA: FASES CONSERVADAS,
EQUILIBRIO: DINÁMICO Y ESTÁTICO CONSERVADO,
RIESGO DE CAIDA: BAJO,
OTRAS VALORACIONES: POSTURA: DESCENSO DE HOMBROS PÉRDIDA DE ÁNGULO DE CODOS GENU VALGO, LEVE FLEXIÓN DE CUELLO HIPERCIFOSIS DORSAL PROTRUSIÓN DE HOMBROS RETROVERSIÓN PÉLVICA ABDOMEN PROMINENTE GENU RECURVATUM, ESCAPULAS ALADAS PIES EN ROTACIÓN EXTERNA,

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO (Según CIF)

PACIENTE CON LIMITACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, COTIDIANA INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, Y RECREO DEPORTIVAS

OBJETIVO Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

DISMINUIR DOLOR DISMINUIR EDEMA MEJORAR FLEXIBILIDAD MEJORAR MOVILIDAD ARTICULAR MEJORAR FUERZA CORREGIR POSTURA PLAN DE TRATAMIENTO MEDIOS FÍSICOS, TENS, ULTRASONIDO, MASAJE, VENTOSAS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING MOVILIZACIONES ARTICULARES THERABAND, AUTOCARGA, ENTRENAMIENTO FUNCIONAL RETROALIMENTACIÓN VISUAL Y VERBAL HIGIENE POSTURAL EDUCACIÓN EN SALUD

NOMBRE DEL PROFESIONAL: EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ

FIRMA DEL PROFESIONAL:




C.C DEL PROFESIONAL: 52976746




FORMATO DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 76

DATOS GENERALES	
PRIMER NOMBRE: LILIANA	SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: BONILLA	SEGUNDO APELLIDO: RODRÍGUEZ
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. 52099426	
EDAD: 49 AÑOS	EPS: SURA
DIAGNOSTICO MÉDICO: TERAPIA FÍSICA DE COLUMNA CERVICAL Y MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SÍNDROME CERVICOBRAQUIAL?	
NÚMERO DE SESIONES ORDENADAS: 10 SESIONES	

EVOLUCIÓN
SESIÓN 1 PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD CON DX ANOTADOS DE AÑO Y MEDIO DE EVOLUCIÓN, CONOCIDA POR EL SERVICIO CON TA 120/80 mmHg, FC 67X', FR 18X', SAT 93%, A QUIEN SE LE REALIZÓ VALORACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA REFIERE DOLOR EN REGIÓN CERVICAL, DORSAL, HOMBROS, ANTEBRAZOS Y MUÑECAS DE 9/10 SEGÚN EAV. SE LLEGA A CONSENSO CON LA PACIENTE PARA REALIZAR 2 SESIONES SEGUIDAS POR DISPONIBILIDAD DE SU TIEMPO LABORAL PACIENTE COMPRENDE ACEPTA Y FIRMA. INICIA SESIÓN CON CRIOTERAPIA POR 7 MINUTOS EN REGIÓN CERVICAL Y DORSAL, MASAJE. FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES
FIRMA DEL PROFESIONAL: 

EVOLUCIÓN
SESIÓN 2 SE APLICA ULTRASONIDO EN MUÑECAS, SE REALIZA MASAJE Y SE INDICAN EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 30 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA CADA UNO FINALIZA SESIÓN CON DOLOR DE 6/10 SEGÚN EAV Y SIN COMPLICACIONES
FIRMA DEL PROFESIONAL: 

EVOLUCIÓN

SESIÓN 3 PACIENTE EN SU DOMICILIO CON TA 90/60 mmHg, FC 64X', FR 18X', SAT 94%, REFIERE DOLOR EN REGIÓN CERVICAL DE 7/10 SEGÚN EAV, SE EXPLICA EL USO DE VENTOSAS Y LOS EFECTOS SECUNDARIOS, LA PACIENTE COMPRENDE, ACEPTA Y FIRMA, SE REALIZA DRENAJE, MASAJE, ULTRASONIDO. FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 4 REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA CADA UNO, EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO CON THERABAND ROJO 3 SERIES DE 10 REPETICIONES, EJERCICIOS PARA EXTENSIÓN DE MUÑECAS 2 SERIES DE 10 REPETICIONES. FINALIZA SESIÓN CON DOLOR DE 5/10 SEGÚN EAV Y SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 5 PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SU ESPOSO CON TA 110/70 mmHg, FC 76X', FR 18X', SAT 93%, REFIERE DOLOR EN REGIÓN CERVICAL DE 7/10 SEGÚN EAV, INICIA SESIÓN CON CRIOTERAPIA POR 7 MINUTOS EN REGIÓN CERVICAL Y DORSAL, ULTRASONIDO, MASAJE FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES.

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 6 REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA CADA UNO, REFIERE DOLOR EN MUÑECAS DE 4/10 SEGÚN EAV, SE REALIZA MASAJE, Y EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 1 REPETICIÓN. FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 7 PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SUS FAMILIARES CON TA 100/60 mmHg, FC 70X', FR 1IX', SAT 93%, REFIERE DOLOR EN REGIÓN CERVICAL DE 6/10 SEGÚN EAV, INICIA SESIÓN CON CRIOTERAPIA POR 7 MINUTOS, TENS, ULTRASONIDO FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES.

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 8 SE REALIZA MASAJE, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA CADA UNO. FINALIZA SESIÓN SIN DOLOR Y SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 9 PACIENTE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑÍA DE SUS FAMILIARES CON TA 120/80 mmHg, FC 59X', FR 20X', SAT 97%, REFIERE DOLOR EN REGIÓN CERVICAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO DE 7/10 SEGÚN EAV, INICIA SESIÓN CON CRIOTERAPIA POR 7 MINUTOS, TENS, MASAJE. FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES

FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 10 SE EXPLICA A LA PACIENTE EL USO, BENEFICIO Y EFECTOS SECUNDARIOS AL COLOCAR VENTOSAS LA PACIENTE COMPRENDE AUTORIZA, ACEPTA Y FIRMA, SE REALIZA DRENAJE, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA CADA UNO, SE REALIZA EDUCACIÓN EN SALUD E HIGIENE POSTURAL FINALIZA ORDEN Y SESIÓN CON DOLOR DE 4/10 SEGÚN EAV Y SIN COMPLICACIONES

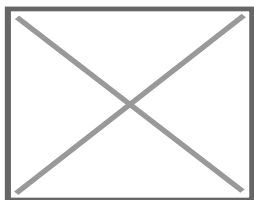
FIRMA DEL PROFESIONAL:



EVOLUCIÓN

SESIÓN 10 SE EXPLICA A LA PACIENTE EL USO, BENEFICIO Y EFECTOS SECUNDARIOS AL COLOCAR VENTOSAS LA PACIENTE COMPRENDE AUTORIZA, ACEPTA Y FIRMA, SE REALIZA DRENAJE, REALIZA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÉTODO STRETCHING SOSTENIDOS EN 60 SEGUNDOS POR 2 REPETICIONES PARA CADA UNO, SE REALIZA EDUCACIÓN EN SALUD E HIGIENE POSTURAL FINALIZA ORDEN Y SESIÓN CON DOLOR DE 4/10 SEGÚN EAV Y SIN COMPLICACIONES


FIRMA DEL PROFESIONAL: 



PLANILLA DE FIRMAS DOMICILIO	NOMBRE PACIENTE		LILIANA BONILLA RODRÍGUEZ		
	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CC 52099426		
	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	2021-07-07 15:03:07	14:00	14:45	
2	2021-07-07 15:42:03	14:45	15:30	
3	2021-07-08 14:49:32	13:00	13:45	
4	2021-07-08 14:55:06	14:15	15:00	
5	2021-07-09 14:07:05	13:00	13:45	
6	2021-07-09 14:50:17	13:45	14:30	
7	2021-07-12 14:51:12	14:00	14:45	
8	2021-07-12 15:24:12	14:45	15:30	
9	2021-07-13 11:35:24	11:00	11:45	
10	2021-07-13 12:21:28	11:45	00:30	

11	2021-07-13 12:22:01	11:45	12:30	
----	------------------------	-------	-------	--

TOTAL SESIONES REALIZADAS: 10 SESIONES

OBSERVACIONES: LM4653856, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORIA, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORIA, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORIA, LM4653856, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORIA, LM4653856, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORIA, LM4653856, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORIA, PACIENTE REFIERE SENTIR MEJORIA,

EDITH MAGALLY PACHÓN JIMÉNEZ



C.C. 52976746

NOMBRE DE FISIOTERAPEUTA

FIRMA Y C.C FISIOTERAPEUTA