



FORMULARIO SOLICITUD DE CALIFICACION

FECHA DE SOLCITUD

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|------|
| 17 | 6 | 2021 |

1. DATOS DE LA ENTIDAD QUE REMITE EL EXPEDIENTE A LA JUNTA REGIONAL

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REMITE ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA

DIRECCION DE LA ENTIDAD Calle 64N # 5B-146 Local 7 y 8

TELEFONO DE LA ENTIDAD 3876130

CIUDAD Y DEPARTAMENTO CALI-VALLE

2. DATOS DE LA PERSONA A CALIFICAR

NOMBRES Y APELLIDOS LUZ MERY HOYOS MEJIA

TIPO DE IDENTIFICACION

| NUIP | TI | CC | CE |
|------|----|----|----|
| | | X | |

NUMERO EXPEDIDA EN 1144150035

FECHA DE NACIMIENTO

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|------|
| 31 | 1 | 1991 |

SEXO

| F | M |
|---|---|
| X | |

ESTADO CIVIL

| SOLTERO | CASADO | UNION LIBRE | DIVORCIADO | VIUDO |
|---------|--------|-------------|------------|-------|
| | | | | |

ESCOLARIDAD

| ANALFABETA | PRIMARIA | SEGUNDARIA | UNIVERSITARIO | TNCO | TNLGO | OTROS |
|------------|----------|------------|---------------|------|-------|-------|
| | | | | | | |

DIRECCION Carrera 50 # 55-56 Apartamento 304 D

BARRIO CIUDAD Las Vegas de Comfandi CALI

TELEFONO FIJO

CELULAR 3174122243

EPS SURA

AFP PORVENIR

ARL SURA

ASEGURADORA Seguros Alfa

3. QUE SE SOLICITA CALIFICAR

PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL (%PCL) X

DETERMINAR ORIGEN

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN

REVISIÓN DE CALIFICACIÓN

PARA QUE REQUIERE LA CALIFICACIÓN CONTROVERSIA

4. DATOS DE LA EMPRESA O EMPLEADOR

NOMBRE DE LA EMPRESA CAJA COMPENSACION FAMILIAR VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR

DIRECCION DE LA EMPRESA Carrera 23 # 26 B - 46 Piso 1 Sede Administrativa

BARRIO CIUDAD El Prado CALI

TELEFONO FIJO 3340000

NOMBRES Y APELLIDOS DIANA LIZETH MEDINA CANDAMIL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1144141795

TELEFONO FIJO 3876130

CELULAR

FIRMA DIANA MEDINA

NUMEROS DE FOLIOS ENTREGADOS

CHEKLIST

| RESPONSABILIDAD ENTIDADES EN PRIMERA OPORTUNIDAD | | | | |
|--|----|----|--------|-----------------|
| REQUERIMIENTOS MINIMOS | AT | EL | MUERTE | NUMERO DE FOLIO |
| Formulario de solicitud de dictamen diligenciado en su totalidad | | | | |
| Fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente | | | | |
| Calificación del origen y pérdida de la capacidad laboral junto con su fecha de estructuración si el porcentaje de este último es mayor a 0 | | | | |
| Controversia | | | | |
| Cartas de notificación a todas las partes (EPS, ARL, AFP, COMPAÑÍA DE SEGUROS, EMPLEADOR , PACIENTE), cada una con el sello de recibido o la guía de envío. | | | | |
| Certificación o constancia del estado de rehabilitación integral o de su culminación o la no procedencia de la misma antes de los quinientos cuarenta (540) días de presentado u ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad. | | | | |
| Si el accidente fue grave o mortal, el concepto sobre la investigación por parte de la Administradora de Riesgos Laborales. | | | | |
| Conceptos o recomendaciones y/o restricciones ocupacionales si aplica. | | | | |
| Registro civil de defunción, si procede | | | | |
| Acta de levantamiento del cadáver, si procede | | | | |
| Protocolo de necropsia, si procede | | | | |
| Otros documentos que soporten la relación de causalidad, si los hay. | | | | |
| Copia completa de la historia clínica de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la historia clínica ocupacional, Entidades Promotoras de Salud, Medicina Prepagada o Médicos Generales o Especialistas que lo hayan atendido, que incluya la información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los hechos por parte del usuario al momento de recibir la atención derivada del evento. En caso de muerte la historia clínica o epicrisis de acuerdo con cada caso. Si las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no hubiesen tenido la historia clínica, o la misma no esté completa, deberá reposar en el expediente certificado o constancia de este hecho, caso en el cual, la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a los Entes Territoriales de Salud, para la investigación e imposición de sanciones él que hubiese lugar | | | | |
| Expediente foliado en su totalidad en la parte superior derecha. | | | | |
| Soporte de pago honorarios a la JRCI | | | | |
| RESPONSABILIDAD EMPLEADOR | | | | |
| REQUERIMIENTOS MINIMOS | AT | EL | MUERTE | NUMERO DE FOLIO |
| Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo FURAT o el que lo sustituya o adicione, debidamente diligenciado por la entidad o persona responsable, o en su defecto, el aviso dado por el representante del trabajador o por cualquiera de los interesados | | | | |
| El informe del resultado de la investigación sobre el accidente realizado por el empleador conforme lo exija la legislación laboral y seguridad social. | | | | |
| Evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas o de egreso o retiro. Si el empleador no contó con alguna de ellas deberá reposar en el expediente certificado por escrito de la no existencia de la misma, caso en el cual la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo para la investigación sanciones a que hubiese lugar | | | | |
| Certificación o constancia del estado de rehabilitación integral o de su culminación o la no procedencia de la misma antes de los quinientos cuarenta (540) días de presentado u ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad. | | | | |
| Contratos de trabajo, si existen durante el tiempo de exposición. | | | | |
| Información ocupacional con descripción de la exposición ocupacional que incluyera la Información referente a la exposición a factores de riesgo como mínimo los siguientes: | | | | |
| 1. Definición de los factores de riesgo a los cuales se encontraba o encuentra expuesto el trabajador, conforme al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo | | | | |
| 2. Tiempo de exposición al riesgo o peligro durante su jornada laboral y/o durante el periodo de trabajo, conforme al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. | | | | |
| 3. Tipo de labor u oficio desempeñados durante el tiempo de exposición, teniendo en cuenta el factor de riesgos que se está analizando como causal | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 4. Jornada laboral real del trabajador | | | | |
| 5. Análisis de exposición al factor de riesgo al que se encuentra asociado la patología, lo cual podrá estar en el análisis o evaluación de puestos de trabajo relacionado con la enfermedad en estudio. | | | | |
| 6. Descripción del uso de determinadas herramientas, aparatos, equipos o elementos, si se requiere. | | | | |

NOTA: SE SOLICITA A LAS ENTIDAD MUY CORDIALMENTE SEAN ENVIADOS LOS EXPEDIENTES EN EL SIGUIENTE ORDEN SEGÚN LA ENTIDAD, DADO QUE ESTO FACILITA LA REVICION DEL EXPEDIENTE Y ASI PODER DAR UNA MAYOR AGILIDAD AL TRAMITE

| ARL |
|---|
| 1. FORMULARIO DE LA JUNTA REGIONAL |
| 2. COPIA DE LA CEDULA AL 150% |
| 3. FURAT |
| 4. DICTAMEN |
| 5. APELACION |
| 6. CARTAS DE NOTIFICACION |
| 7. OTROS DOCUMENTOS |
| 9. HISTORIA CLINICA |
| 10. SOPORTE DEL PAGO DE HONORARIOS A LA JUNTA |

| EPS |
|---|
| 1. FORMULARIO DE LA JUNTA REGIONAL |
| 2. COPIA DE LA CEDULA AL 150% |
| 3. FUREL |
| 4. DICTAMEN |
| 5. APELACION |
| 6. CARTAS DE NOTIFICACION |
| 7. ESTUDIO DE PUESTO DE TRABAJO |
| 8. OTROS DOCUMENTOS |
| 9. HISTORIA CLINICA |
| 10. SOPORTE DEL PAGO DE HONORARIOS A LA JUNTA |

| AFP |
|---|
| 1. FORMULARIO DE LA JUNTA REGIONAL |
| 2. COPIA DE LA CEDULA AL 150% |
| 3. DICTAMEN |
| 4. APELACION |
| 7. CARTAS DE NOTIFICACION |
| 8. OTROS DOCUMENTOS |
| 9. HISTORIA CLINICA |
| 10. SOPORTE DEL PAGO DE HONORARIOS A LA JUNTA |

Santiago de Cali, 17 de Junio de 2021

CE202131006887

Doctora.

MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DEL VALLE
Calle 5 E # 42-44 Barrio Tequendama
Ciudad

Referencia: Recurso contra dictamen de calificación – pérdida de capacidad laboral por accidente laboral, **LUZ MERY HOYOS MEJIA** cédula **1144150035** expediente **1310502167** emitido por ARL SURA S.A.

Cordial saludo.

Informamos que estamos enviando el caso de la referencia ante la Junta Calificadora de Invalidez del Valle, para dirimir la controversia suscitada entre ARL SURA y el trabajador, en cuanto a la Pérdida de Capacidad Laboral, POR ACCIDENTE LABORAL, con diagnóstico ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO.

ARL SURA asignó la siguiente PCL: Decreto - Manual 1507 de 2014

| CONCEPTO | % |
|--|------|
| TITULO I Deficiencias | 0.0% |
| TITULO II Rol laboral, Rol Ocupacional y otras Áreas Ocupacionales | 0.0% |
| Total | 0.0% |

Fecha de Estructuración 25/06/2020

Anexos:

Copia; Sustentación y dictamen PCL N° 1310502167-586073 de fecha 12/05/2021 Copia Historia clínica, documento de identidad, Copia notificación a las partes interesadas. (Paciente, Empleador, EPS, AFP). Copia controversia interpuesta **LUZ MERY HOYOS MEJIA**.
Atentamente,


CE25/132

COMISION LABORAL
ARL SURA REGIONAL SUROCCIDENTE.

Santiago de Cali junio 15 2021

Señores ARL sura

Por medio de la presente quiero manifestar mi inconformidad con el porcentaje de calificación de pérdida de capacidad laboral dado por ustedes del accidente del 08 de junio del 2019 del (0%).

Hasta el momento llevo dos años en los cuales hasta ahora no he encontrado una cura o tratamiento para el dolor constante que tengo en tobillo. Desde esa época no pude volver hacer ningún tipo de actividad física (fútbol, gimnasio) que era lo que practicaba en esa época ya que era una persona que dentro de sus principales y más importantes actividades para su salud, entretenimiento era el deporte, en ese entonces tenía 28 años ahora tengo 30 soy una mujer joven que ha estado imposibilitada a realizar actividades de mi vida diaria como las deportivas anteriormente mencionadas, no puedo estar parada mucho tiempo, no puedo caminar de forma normal, hacer oficio de forma normal, cocinar, no puedo correr, se me dificulta subir y bajar escaleras y vivió en un tercer piso tengo que obligatoriamente andar en zapatos tipo crocs dentro de mi casa porque es lo único que tolero y cuando salgo deben ser tenis ya que es lo único que le da estabilidad a mi tobillo para caminar, no pude volver a ponerme unas sandalias, zapatos altos o unos zapatos normales ya que deben ser muy livianos o si no me empieza a doler el tobillo y el pie y la rodilla.

Este accidente laboral ha afectado mi vida en todos los sentidos, físicamente, laboralmente y emocionalmente. Lastimosamente hasta el momento no he encontrado un tratamiento eficaz para mi molestia la cual es crónica debido a todo el tiempo que ha transcurrido desde esto.

En primera instancia en junio del 2019 hice terapia física mandada por la ARL, seguía con la molestia pero la médica me dio salida diciendo que era normal el dolor que siguiera con las terapias desde casa, a pesar de que seguí todas las recomendaciones y hacia las terapias el dolor continuaba por lo cual fui donde un quiropráctico particular, este proceso quedo parado debido a un tema de salud que tuve en septiembre del 2019 estuve el resto de ese año con ese tema de salud diferente al del tobillo, pero el dolor en el tobillo continuaba a pesar de las terapias y los cuidados que tuve como lo mencione anteriormente.

En enero del 2020 vuelvo y consulto por ARL me envían donde un Ortopedista y este Ortopedista me envía a la clínica del dolor para hacer acupuntura, terapia neural y manejo del dolor esto lo comienzo en febrero del 2020, en marzo del 2020 con la pandemia la clínica del dolor cierra su servicio y en mayo me llaman para retomar, yo les explico que debido a unas situaciones de salud puedo ser vulnerable al covid e informo que retomare en junio del 2020, en junio del 2020 tengo nuevamente una hospitalización por mi tema de salud y no pude asistir a las terapias. El 25 de junio clínica del dolor (Fundalivio) cierra mi caso fecha en la cual estaba hospitalizada en clínica Farallones la cual envió epicrisis donde está el rango de fecha de mi hospitalización del (20 de junio al 02 de julio del 2020). Después de esto mi salud se

deterioró, cabe aclarar que durante todo ese primer semestre estuve con la incapacidad dolor y todo lo mencionado anteriormente en el tobillo, pero en ese momento junio del 2020 era más importante mi salud la cual estaba comprometida mi vida.

Durante el semestre junio diciembre 2020 fue un semestre muy crítico para mi salud en el cual estaba físicamente imposibilitada para realizar terapias O retomar el caso del tobillo. Después de las hospitalizaciones que tuve en este época me mandaron terapias de rehabilitación física en la Fundación valle del Lili en noviembre del 2020 debido a que había perdido peso y condición física la cual estuve realizando pero tomando en consideración el dolor y la incapacidad en el tobillo, como se manifiesta en las historias clínicas que adjunto de estas terapias, el Fisioterapeuta en varias ocasiones expone el dolor que yo manifiesto en el tobillo con lo cual el me indica que debo hacer terapia del tobillo, ya que no se está avanzando con el acondicionamiento físico debido a mi imposibilidad por el tobillo además de que comienzo a tener dolor por sobre compensación en la rodilla derecha que fue el lado donde tuve el esguince y el tobillo y pierna izquierda también por sobre compensación en febrero del 2020 tengo que dar por terminado mis terapias de rehabilitación física debido a lo que se manifiesta anteriormente.

Con esto vuelvo y consulto en la ARL y me dicen que mi caso está cerrado, por consiguiente comienzo a consultar con mi EPS donde consulto con un Ortopedista que me manda terapia física las cuales comienzo hacer sin mejoría, durante este transcurso de tiempo me logro comunicar con una representante de ARL sura para mi empresa la cual me colabora con la apertura de mi caso, me hacen tele consulta y me envían terapia física en abril del 2021 la cual ya termine en mayo del 2021 y envió historia clínica con estas terapias sentí leve mejoría, durante el tiempo de terminación de estas terapias intente hacer unas labores en mi casa tales como hacer oficio y empecé nuevamente a sentir aumento del dolor en el tobillo y la rodilla, en este tiempo me ve la fisiatra de ARL la cual me envía terapia ocupacional en cual manifiesto aumento del dolor tanto en tobillo como en la rodilla, envió HC e hidroterapia la cual está pendiente porque me den la cita.

Además, he hecho terapia neural de forma particular con la cual envió ordenes que alcance a encontrar además de que durante los tiempos que no me están dando terapia física, hago terapia física en mi casa y tengo todos los máximos cuidados para intentar tener una mejoría.

Con todo esto se evidencia que no ha habido un tratamiento que me cure este dolor constante que siento en el tobillo que como manifesté anteriormente es crónico y me imposibilita de muchas maneras realizar las actividades de mi vida de una forma normal, además de todas las implicaciones y limitantes que he vivido y que vivo día a día con este accidente de trabajo teniendo en cuenta que he estado en teletrabajo incapacitada y en pandemia se entiende que la exigencia de movilidad no ha sido como si estuviera realizando labores que realizaba antes del año 2019 año del accidente.

Con esto solicito que me sea revisada mi calificación de pérdida de capacidad laboral la cual está totalmente alejada de la realidad debido a todo lo que padezco y he padecido con y por el accidente laboral sin hasta ahora tener mejoría o esperanza de mejoría.

Medellín, 20 de mayo de 2021

CE202131006179
1310502167

Señora

LUZ MERY HOYOS MEJIA

Cedula # 1144150035

luzme2114@hotmail.com

Carrera 50 # 55-56 Apartamento 304 D Barrio Las Vegas de Comfandi

Telefono: 3174122243

Santiago De Cali - Valle Del Cauca

Asunto: Notificación calificación de pérdida de capacidad laboral.

Respetado Señora.

ARL SURA atentamente le notifica el dictamen de calificación de secuelas en primera oportunidad por el accidente de trabajo ocurrido a Usted el 08/06/2019 mediante el cual se determinó el porcentaje de pérdida de su capacidad laboral.

De conformidad con lo estipulado en el Decreto 1507 de 2014, el porcentaje de pérdida de su capacidad laboral fue del 0 %. Anexamos copia del dictamen de pérdida de capacidad laboral que le fue realizado.

Según el Artículo 7 de la Ley 776 de 2002, se establece que solo habrá lugar al pago de indemnización cuando la incapacidad del afiliado sea igual o superior al 5% pero inferior al 50%.

En caso de presentarse alguna inquietud o controversia al respecto, por favor informarnos mediante comunicación escrita dirigida a la Dirección de Medicina Laboral, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación, donde con gusto estaremos dispuestos a aclararla o en caso necesario, proceder de acuerdo con los recursos adicionales previstos en la Ley (artículo 142 del Decreto 019 de 2012).

Para lo anterior, la comunicación puede ser enviada a la siguiente dirección dmedinac@sura.com.co,

Transcurrido el plazo anterior, sin que usted haya manifestado su desacuerdo sobre el dictamen señalado, se entenderá que está conforme con el mismo y éste se considera que esta en firme.

Para su información a continuación encontrará fundamento jurídico sobre el tema en mención: *Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Laborales, ARL, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales (Decreto 0019 de 2012, artículo 142).*

Cordialmente,



MEJIA TORRES LINETH ALEJANDRA
COMISIÓN MÉDICA INTERDISCIPLINARIA
ARL|SURA OFICINA CALI



CARVAJAL SEPULVEDA CARLOS MARIO
Lic. SST Res. 2017060110705/17
COMISIÓN MÉDICA INTERDISCIPLINARIA
ARL|SURA OFICINA CALI



RAMIREZ ALVAREZ FERNANDO
LSO R.2016060009213 03/05/2016
COMISIÓN MÉDICA INTERDISCIPLINARIA
ARL|SURA OFICINA CALI

Copia a:

CAJA COMPENSACION FAMILIAR VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR
Departamento Salud Ocupacional

Carrera 23 # 26 B - 46 Piso 1 Sede Administrativa Barrio El Prado
Teléfono: 3340000
Santiago De Cali - Valle Del Cauca

SURA EPS – Medicina Laboral. Ciudad (ANEXO DICTAMEN)
(Calle 64 Norte # 5 B-146 Local # 45)

PORVENIR AFP – Medicina Laboral. Ciudad
(Calle 21N # 6N-14)


SEGUROS DE VIDA ALFA S.A: Av. Calle 26 # 59-15 Loc. 6 y 7 Edif. Avianca Tel. 7435333 Bogotá D.C

RECIBIDO USUARIA

Entregado: NOTIFICACION PERDIDA CAPACIDAD LABORAL LUZ MERY HOYOS MEJIA - 1144150035

☐ postmaster@outlook.com

Enviado Lunes 2021/05/31 11:27 a. m.

Para  Leisly Natalia Mejia Ruiz

El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

luzme2114@hotmail.com (luzme2114@hotmail.com)

FECHA DE CONTROVERSIA

De: Luz mery Mejia <luzme2114@hotmail.com>

Enviado el: martes, 15 de junio de 2021 11:27 p. m.

Para: Leisly Natalia Mejia Ruiz <lnmejia@sura.com.co>

Asunto: RE: NOTIFICACION PERDIDA CAPACIDAD LABORAL LUZ MERY HOYOS MEJIA - 1144150035

Buena tarde

Con la presente envió respuesta con apelación a mi CPCL en carta adjunta.

Quedo atenta

Gracias


Luz Mery Hoyos Mejía

RECIBIDO EMPRESA

Entregado: NOTIFICACION PERDIDA CAPACIDAD LABORAL LUZ MERY HOYOS MEJIA - 1144150035

☐ postmaster@comfandi.com.co

Enviado Lunes 2021/05/31 11:26 a. m.

Para  Leisly Natalia Mejia Ruiz

El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:


mariamartinez@comfandi.com.co (mariamartinez@comfandi.com.co)

RECIBIDO EPS

Entregado: NOTIFICACION PERDIDA CAPACIDAD LABORAL LUZ MERY HOYOS MEJIA - 1144150035

☐ Microsoft Outlook

Enviado Lunes 2021/05/31 11:24 a. m.

Para  Leisly Natalia Mejia Ruiz

El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

[Johanna Cardona Anaya \(johannacardona@sura.com.co\)](mailto:johannacardona@sura.com.co)


RECIBIDO AFP



Lunes 2021/05/31 11:33 a. m.

porvenir@en-contacto.co

Re: RV: NOTIFICACION PERDIDA CAPACIDAD LABORAL LUZ MERY HOYOS MEJIA - 1144150035

Para  Leisly Natalia Mejia Ruiz

----- Original Message -----

From: Leisly Natalia Mejia Ruiz

To: porvenir@en-contacto.co


RECIBIDO ASEGURADORA




Lunes 2021/05/31 11:25 a. m.

Servicio al Cliente Seguros Alfa <servicioalcliente@segurosalfa.com.co>

Recepción requerimiento N° 210531-000518 - Seguros Alfa S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A.

Para  Leisly Natalia Mejia Ruiz

 Haga clic aquí para descargar imágenes. Para ayudarle a proteger su confidencialidad, Outlook ha impedido la descarga automática de algunas imágenes en este mensaje.

Apreciado Cliente,

Para Seguros Alfa S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A es un gusto atenderlo. Confirmamos la recepción de su requerimiento con el número de caso N° 210531-000518, el cual será atendido por nuestra compañía.

Asunto

RV: NOTIFICACION PERDIDA CAPACIDAD LABORAL LUZ MERY HOYOS MEJIA - 1144150035

N° de caso 210531-000518

Fecha de creación: 31/05/2021 11:25

Fecha de última actualización: 31/05/2021 11:25

Estado: Creado

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O



| | | | |
|-------------------|------------|----------------------------|------------|
| EPS a la que está | Código EPS | ARP a la que está afiliado | Código ARP |
| COOMEVA EPS. S.A. | 016 | ARP SURA | 40 |
| AFP a la que está | PORVENIR | Código | 003 |

Identificación general de la empresa

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|
| Tipo de vinculador | <input checked="" type="radio"/> Empleador | <input type="radio"/> Contratante | <input type="radio"/> Cooperativa de trabajo |
| Nombre de la actividad | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL DE AFILIACION OBLIGATORIA, INCLUYE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES Y/O AMBIENTALES | | |
| Nombre o razón social | COMFANDI | | |
| Tipo de identificación | <input checked="" type="radio"/> NI | <input type="radio"/> CC | <input type="radio"/> CE |
| Número | 890303208 | | |
| Dirección | Valle del Cauca | Teléfono | 6851414 |
| Correo electrónico | CARLOSROJAS@COMFANDI.COM.CO | Municipio | SANTIAGO DE CALI |
| Centro de trabajo donde labora el trabajador | Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede | | |
| Nombre de la actividad económica del centro de trabajo | Código de la actividad económica del centro de 1749901 | | |
| Dirección | Valle del Cauca | Teléfono | 3340000 |
| Departamento | Valle del Cauca | Municipio | SANTIAGO DE CALI |
| Zona | <input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R | | |

Identificación de la persona que se accidentó

| | | | | | | |
|---|---|------------------------------|---|---|-------------------------------------|--------|
| Tipo de vinculación | <input checked="" type="radio"/> Planta | <input type="radio"/> Misión | <input type="radio"/> Cooperado | <input type="radio"/> Estudiante o aprendiz | <input type="radio"/> Independiente | código |
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombres | | | | |
| HOYOS | MEJIA | LUZ MERY | | | | |
| Tipo de | Número | Fecha de nacimiento | Sexo | | | |
| <input type="radio"/> NI <input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA | 1144150035 | 31011991 | <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F | | | |
| Dirección | Valle del Cauca | Teléfono | 3340000 | | | |
| Departamento | Valle del Cauca | Municipio | SANTIAGO DE CALI | | | |
| Ocupación habitual | ANALISTAS Y AGENTES FINANCIEROS | Zona | <input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R | | | |
| Fecha de ingreso a la empresa | Salario u honorarios (mensual) | Jornada de trabajo habitual | <input checked="" type="radio"/> Diurna <input type="radio"/> Nocturna <input type="radio"/> Mixto <input type="radio"/> Turnos | | | |
| 10122015 | 1916000 | | | | | |

Información sobre el accidente

| | | |
|---|---|--|
| Fecha del accidente | Estaba dentro de la empresa? | Día de la semana en el que ocurrió el |
| 08062019 16:30:00 | N | SÁBADO |
| Jornada en que sucede | ¿Estaba realizando su labor | ¿Cuál? |
| <input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Extra | <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | |
| ¿Causó la muerte al | Departamento del accidente | Municipio del accidente |
| <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No | VALLE DEL CAUCA | SANTIAGO DE CALI |
| Total tiempo laborado previo al accidente | Tipo de accidente | Zona donde ocurrió el |
| 1:30 | <input type="radio"/> Violencia <input type="radio"/> Tránsito <input checked="" type="radio"/> Deportivo <input type="radio"/> Recreativo o cultural <input type="radio"/> Propios del trabajo | <input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R |

ARP SURA S.A.

Reporte de presunto accidente

Página 1 de 2

Indique cuál sitio

☐ Almacenes o depósitos

☐ Áreas de producción

☒ Áreas recreativas o deportivas

☐ Corredores o pasillos

☐ Escaleras

☐ Parqueaderos o áreas de circulación vehicular

☐ Oficinas

☐ Otras áreas comunes

☐ Otro

Parte del cuerpo aparentemente afectado

☐ Cabeza

☐ Ojo

☐ Cuello

☐ Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)

☐ Tórax

☐ Abdomen

☐ Miembros superiores

☐ Manos

☒ Miembros inferiores

☐ Pies

☐ Ubicaciones múltiples

☐ Lesiones generales u otras

Tipo de Lesión

☐ Fractura

☐ Luxación

☒ Torcedura o esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de tendón sin herida

☐ Conmoción o trauma interno

☐ Amputación o enucleación

☐ Herida

☐ Trauma superficial

☐ Golpe contusión o aplastamiento

☐ Quemadura

☐ Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia

☐ Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente

☐ Asfixia

☐ Efecto de la electricidad

☐ Efecto nocivo de la radiación

☐ Lesiones múltiples

☐ Otro

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

☐ Máquinas y/o equipos

☐ Medios de transporte

☐ Aparatos

☐ Herramientas, implementos o utensilios

☐ Materiales o sustancias

☐ Radiaciones

☐ Ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)

☒ Otros agentes no clasificados

☐ Animales (vivos o productos animales)

☐ Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismos o forma del accidente

☐ Caída de personas

☐ Caída de objetos

☐ Pisadas, choques o golpes

☐ Atrapamientos

☐ Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento

☐ Exposición o contacto con temperatura extrema

☐ Exposición o contacto con la electricidad

☐ Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras

☐ Otro

GOLPE Y/O HERIDAS AL CAER

Descripción del accidente

LA COLABORADORA SE DESEMPEÑA COMO ANALISTA CONTABLE Y FINANCIERO, EN EL ÁREA FINANCIERA DEL EDIFICIO EL PRADO. SE ENCONTRABA PARTICIPANDO DEL TORNEO DE FÚTBOL DE LA EMPRESA EN LAS INSTALACIONES DEL CENTRO RECREATIVO PANCE, AL REALIZAR UNA JUGADA SE LE DOBLA EL PIE DERECHO, CAE Y GENERA DOLOR EN EL TOBILLO DERECHO Y LA RODILLA IZQUIERDA. CELULAR 3174122243

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------|--|-------------------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|----------|--|
| Personas que presenciaron el | | Hubo personas que presenciaron el accidente? | | <input type="radio"/> Si | | <input checked="" type="radio"/> No | | | | | | | | | | | |
| Apellidos y nombres | | Documento de identidad | | | | No. | | | | | | | | | | | |
| Cargo | | <input type="radio"/> CC | | <input type="radio"/> TI | | <input type="radio"/> CE | | <input type="radio"/> NU | | <input type="radio"/> PA | | | | | | | |
| Apellidos y nombres | | Documento de identidad | | | | No. | | | | | | | | | | | |
| Cargo | | <input type="radio"/> CC | | <input type="radio"/> TI | | <input type="radio"/> CE | | <input type="radio"/> NU | | <input type="radio"/> PA | | | | | | | |
| Persona responsable del informe (Representante o | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellidos y nombres | | ROJAS FERNANDEZ CARLOS MANUEL | | | | Documento de identidad | | No. | | | | | | | | | |
| Cargo | | COORDINADOR DE SALUD Y SEGURID | | | | <input checked="" type="radio"/> CC | | <input type="radio"/> TI | | <input type="radio"/> CE | | <input type="radio"/> NU | | <input type="radio"/> PA | | 76318025 | |
| Fecha de diligenciamiento del informe del | | 12-06-2019 14:17:10 | | | | Fecha Impresión | | 17-06-2021 09:03:21 | | | | | | | | | |
| Fecha de recibido en ARP SURA | | 12-06-2019 14:17:06 | | | | | | | | | | | | | | | |

FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
FORMATO 1. ROL LABORAL ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES
Decreto 1507 Agosto 12 de 2014

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

| | | | | | | | |
|-------------------|-----|-----|------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| FECHA DE DICTAMEN | Día | Mes | Año | MOTIVO DE SOLICITUD | PRIMERA OPORTUNIDAD | Número de Dictamen: | 1310502167-586073 |
| | 12 | 05 | 2021 | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----|-----|------|---------------------|-----|-----|------|
| FECHA DE RECEPCION PARA CALIFICACION | Día | Mes | Año | FECHA DE VALORACION | Día | Mes | Año |
| | 02 | 05 | 2021 | | 02 | 05 | 2021 |

| | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------|
| SOLICITANTE: | ARL | | |
| Nombre del Solicitante: | SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. | NIT/ Documento | N890903790 |
| Direccion del solicitante: | CC OMNI PLAZA LOCAL 105 | Ciudad/Depto: | CARTAGENA DE |
| Teléfono de solicitante: | 6561757 | Correo electrónico: | LMEJIAT@SURA.COM.CO |
| Motivo de la calificación: | Calificación IPP | | |

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

| | | | | | | | |
|------------------------|---|--|--|--|--|------|------------|
| Nombre Entidad: | ARL SURA | | | | | NIT: | N890903790 |
| Ciudad y Departamento: | CARTAGENA DE INDIAS - BOLIVAR | | | | | | |
| Dirección y Teléfono: | CL 32 20 128 CC OMNIPLAZA LOCAL 105 - 6561757 | | | | | | |
| Correo electronico: | contactenos@arlsura.com.co | | | | | | |

3.DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

| | | | | | | | | |
|------------------------------|-------------|---------------|------------|-----------------|----------|-------|-------------------------|----------|
| Afiliado: | S | Beneficiario: | N | | | | | |
| APELLIDOS | HOYOS MEJIA | | | NOMBRES | LUZ MERY | | GENERO | FEMENINO |
| Documento de Identificacion: | CC | N° | 1144150035 | ESTADO CIVIL | SOLTERO | | ESCOLARIDAD (alcanzada) | |
| Fecha de Nacimiento: | Día | Mes | Año | Edad (cumplida) | Años | Meses | | |
| | 31 | 01 | 1991 | | 30 | 0 | | |

| | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------------|--------------------|--|-----------------------|-------------|-----------|
| Dirección: | CL 30 # 23B-22 | | | Municipio: | SANTIAGO DE | VALLE DEL |
| Teléfono(s): | 0000000 | Correo electrónico | | LUZME2114@HOTMAIL.COM | | |
| Etapas del ciclo vital: | Población en edad económica activa | | | | | |

IDENTIFICACION DEL AFILIADO: Aplica solo si el calificado es un beneficiario

| | | | | |
|-----------|-----|------------|-----|-----|
| APELLIDOS | N/A | NOMBRES | N/A | N/A |
| N° | N/A | Municipio: | N/A | N/A |

IDENTIFICACION DEL ACUDIENTE o ADULTO RESPONSABLE: Aplica solo si el calificado es menor de

| | | | | |
|-----------|-----|------------|-----|-----|
| APELLIDOS | N/A | NOMBRES | N/A | N/A |
| N° | N/A | Municipio: | N/A | N/A |

AFILIACION AL SISS

| | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------|--------------|--|-------|----------|--|
| ADMINISTRADORAS | REGIMEN DE AFILIACION AL | | CONTRIBUTIVO | | A.R.L | ARL SURA | |
| | A.F.P | PORVENIR | e- | | | | |
| | E.P.S. | SURA EPS | e- | | | e-mail | |

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

| | | | | | | |
|--|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| PROFESION U OFICIO: | EMPLEADOS DE SERVICIOS DE APOYO A LA PRODUCCION | | VINCULACION LABORAL | TRABAJADOR VINCULADO ACTIVO | TIPO VINCULACION | DEPENDIENTE |
| EMPRESA DONDE TRABAJA/OCUPACION | CAJA COMPENSACION FAMILIAR VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR | | NIT / CC | N890303208 | | Contrato vigente? Si |
| ACTIVIDAD ECONOMICA: | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL DE AFILIACION OBLIGATORIA, INCLUYE LOS SERVICIOS DE PREVENION DE RIESGOS PROFESIONALES Y/O AMBIENTALES | CODIGO CIUO | 4132 | Ultimo Cargo: | ANALISTA CONTABLE Y FINANCIERO | UBICACIÓN: URBANO |
| Fecha de | 10/12/2015 | Fecha de retiro(si) | N/A | TIEMPO | 65 | Clase de riesgo 2 |
| Descripción general del cargo: | | | | | | |
| ANALISTA CONTABLE Y FINANCIERO | | | | | | |

OTROS ANTECEDENTES LABORALES (referidos por el calificado)

| EMPRESA | CARGO | RIESGOS PRINCIPALES | TIEMPO (meses) |
|----------|----------|---------------------|----------------|
| COMFANDI | ANALISTA | ERG FIS MEC | 65.0 |

EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL (referidos por el calificado)

| | |
|----------------------|--|
| PSICOSOCIALES | Condiciones de la tarea: carga mental, emocional, contenido de la tarea, definición de roles |
|----------------------|--|

5.RELACION DE DOCUMENTOS / EXAMEN FISICO(descripción)**RESUMEN HISTORIA CLINICA APORTADA**

SE CALIFICA PCL POR DEFINICION DE TERMINOS 540 DIAS A PARTIR DEL AT.

PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD ANALISTA FINANCIERA EN LA EMPRESAS CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR SUFRIO ACCIDENTE DE TRABAJO EN FECHA 08 JUNIO 2019 DIAGNOSTICO ESGUINCE DE TOBILLO DERECHO.

LA COLABORADORA SE ENCONTRABA PARTICIPANDO DEL TORNEO DE FÚTBOL DE LA EMPRESA EN LAS INSTALACIONES DEL CENTRO RECREATIVO PANCE, AL REALIZAR UNA JUGADA SE LE DOBLA EL PIE DERECHO.

TUVO MANEJO INTEGRAL Y REHABILITADOR CON TERAPIA FISICA Y ANALGESIA FUE VALORADA POR ORTOPEDIA QUIEN EMITE ALTA MEDICA.

RNM TOBILLO DERECHO REPORTA SIN ALTERACIONES. TUVO MANEJO POR CLINICA DE DOLOR QUIENES EMITEN ALTA POR NO CULMINAR MANEJO.

22 ENE 2020 ORTOPEDIA TOIBLLO DERECHO CON .EDEMA MODERADO LADO PERONEO DOLOR SINDESMOSIS TIBIO PERONEO RMN NUCLEAR SIIN ALTERACIONES... ANTE ESTO SE ENVIA A CLINICA DE DOLOR ,ANTE LA CRONICIDAD DEL DOLOR.CERRAMOS POR NUESTRA PARTE EL CASO.

25/06/2020 INFORME FINAL ATENCION INTEGRAL DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR) ANTECEDENTES: 1 AÑO EVOLUCION DOLOR CRONICO EN TOBILLO DERECHO PREDOMINIO CARA MEDIAL, POST TRAUMA (RMN DESCARTA LESIONES LIGAMENTARIAS, CARTILAGINOSAS, TENDINOSAS, TEJIDOS BLANDOS Y HUESO), EVA: 4/10, INDICE LATINEM PARA DOLOR: 5/20, ANALGESIA KETOPROFENO GEL. AL EXAMEN FISICO: MARCHA INDEPENDIENTE, NO EDEMA, NO CAMBIOS INFLAMATORIOS NI VASOMOTORES, MARCHA NORMAL, AMAS COMPLETOS, NO INESTABILIDAD LIGAMENTARIA, NO DOLOR A LA PALPACION.

ANALISIS PACIENTE QUIEN SUFRIO AT ESGUINCE DE TOBILLO DERECHO TUVO MANEJO CONSERVADOR Y REHABILITADOR LE REALIZARON TRATAMIENTO ALTERNATIVO SIN COMPLETAR LAS SESIONES POR INASISTENCIA DE LA PACIENTE FUE DADO DE ALTA CUENTA CON RNM DE TOBILLO DERECHO CON REPORTE NORMAL POR TAL RAZON NO HAY EVIDENCIA DE LESION ESTRUCTURAL Y OSTEOTENDINOSA QUE DEMUESTRE EL DOLOR REFERIDO POR LA PACIENTE. ACTUALMENTE VALORADA POR MSI ORDENA TF. SE DEFINE CALIFICAR PCL POR CUMPLIR LOS TERMINOS DE LEY 540 DIAS APARTIR DEL AT.

ESTUDIOS CLINICOS Y PRUEBAS OBJETIVAS (Resultados de exámenes paraclínicos)

| FECHA | ESTUDIO / PRUEBA | RESULTADO |
|------------|------------------------|-----------|
| 04/01/2020 | RNM DE TOBILLO DERECHO | NORMAL |

EXAMEN FISICO (EVALUACION DEL CALIFICADOR)

SE CALIFICA PCL CON VALORACION REALIZADA POR MSI DE 23/03/2021

CONCIENTE ORIENTADO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES FC 76XMIN FR 17XMIN LATERALIDAD DIESTRA

TOBILLO DERECHO MARCHA INDEPENDIENTE DE PATRON NORMAL REFIERE TENER DOLOR EN TOBILLO DERECHO ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS FLEXION PLANTAR 50° FLEXION DORSAL 30° INVERSION Y EVERSION SIN ALTERACIONES.

Se procede a calificar secuelas Teniendo en cuenta lo establecido en el anexo técnico del decreto 1507 ¿metodología para la determinación del grado en una clase de deficiencia¿540 días de haber ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad. Se toma como fecha de estructuración concepto de medicina del dolor 25/06/2020.

¿atendiendo los pronunciamientos del gobierno nacional, gobierno departamental, el gobierno distrital y local por medio de sus autoridades y las autoridades sanitarias del país, arl sura tomo medidas para prevenir el coronavirus covid-19 donde por la contingencia presentada ante la se pandemia del coronavirus toma la decisión de prescindir del examen médico para evitar el desplazamiento del paciente y su posible exposición al riesgo, considerando que se trata de la calificación de primera oportunidad, arl sura resuelve el caso con lo aportado en el expediente sin la valoración física del paciente.¿

OTRAS INTERCONSULTAS (Conceptos de especialistas relacionados con la calificación)

| FECHA | ESPECIALIDAD | CONCEPTO |
|------------|--------------|---|
| 23/03/2021 | MSI | TELECONSULTA. REFIERE QUE SE ENCUENTRA INCAPACITADA POR EPS. REFIERE DOLOR EN TOBILLO DERECHO. MARCHA INDEPENDIENTE. REFIERE QUE NO TOLERA TODOS LOS TIPO DE CALZADO. SE ORDENA TERAPIA FISICA Y MEDICACIÓN. EF REFIERE DOLOR EN TOBILLO DERECHO. MARCHA INDEPENDIENTE. REFIERE QUE NO TOLERA TODOS LOS TIPO DE CALZADO |

CONCEPTO FINAL DE REHABILITACION (RESUMEN)

MEDICINA DEL DOLOR 25/06/2020 INFORME FINAL ATENCION INTEGRAL DEL DOLOR ANTECEDENTES: 1 AÑO EVOLUCION DOLOR CRONICO EN TOBILLO DERECHO PREDOMINIO CARA MEDIAL, POST TRAUMA (RMN DESCARTA LESIONES LIGAMENTARIAS, CARTILAGINOSAS, TENDINOSAS, TEJIDOS BLANDOS Y HUESO), EVA: 4/10, INDICE LATINEM PARA DOLOR: 5/20, ANALGESIA KETOPROFENO GEL. AL EXAMEN FISICO: MARCHA INDEPENDIENTE, NO EDEMA, NO CAMBIOS INFLAMATORIOS NI VASOMOTORES, MARCHA NORMAL, AMAS COMPLETOS, NO INESTABILIDAD LIGAMENTARIA, NO DOLOR. RECIBIO ATENCION INTEGRAL MES DE DOLOR PROGRAMADA ENTRE EL 18/MARZ/2020 Y HOY: JUNTA MEDICA, NO ACUDIO A SESION EDUCATIVA GRUPAL, MEDICINA TRADICIONAL CHINA Y ACUPUNTURA ACUDIO A # 2 DE 5 SESIONES PROGRAMADAS, NEURALTERAPIA ACUDIO A # 2 DE 5 SESIONES PROGRAMADAS, PSICOLOGIA ACUDIO A # 0 DE 2 SESIONES PROGRAMADAS, NO ACUDIO A CITA PARA EVALUACION FINAL. DX: 1- DOLOR CRONICO RESIDUAL INESPECIFICO TOBILLO DERECHO. NO CRITERIOS PARA SDRG NI PARA DOLOR NEUROPATICO. CONCEPTO: EGRESO POR INASISTENCIA

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL TITULO PRELIMINAR Y TITULO I

TITULO I

CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS

DIAGNOSTICOS Y EFICIENCIAS DEFINITIVOS EVIDENCIADOS EN HISTORIA CLINICA Y VALORACION REALIZADA

| Nº | Código CIE10 | Diagnóstico | Deficiencia(s) motivo de calificación / Condiciones de salud |
|----|--------------|------------------------------------|--|
| 1 | S934 | ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO | DERECHO SIN SECUELAS |

| N° | NOMBRE DE LA DEFICIENCIA | CLASE FUNCIONAL / VALOR PORCENTUAL | | | | | | | | | | |
|----|---|------------------------------------|---------------------|------|------|------|-----------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------|---------------|---|
| | | Numeral / Tabla | CFP* o CFU*** | CFM1 | CFM2 | CFM3 | Ajuste Total de Deficiencia | CAT (si aplica) | Dominancia (si aplica) | Resultado | | % Total Deficiencia (F. Baltasar, sin ponderar) |
| | | | | | | | | | | Clase final y literal | % Deficiencia | |
| 1 | Deficiencias en el movimiento del tobillo | Tabla 14.11 | Clase 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | | 0.0 | |

*CFP: Clase Factor

**CFM: Clase Factor

***CFU: Clase Factor

Combinación de

Fórmula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP)+(CFM2-CFP)+

A $\frac{(100 - A) *}{100}$

A: Deficiencia de mayor

Fórmula de Baltasar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar

B: Deficiencia de menor

CÁLCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA-

% Total deficiencia(sin

=

0.0

TITULO II

VALORACIÓN DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES

Personas en edad económicamente activa (incluye menores trabajadores, jubilados, pensionados, adultos mayores que

CALIFICACION DEL ROL LABORAL - Capítulo II

| TABLA 1: Clasificación de las restricciones del rol laboral VALOR MAXIMO (25%) | 1. Activo sin limitaciones para la actividad laboral (0%) | 2. Rol laboral recortado: limitaciones leves para la actividad laboral. (5%) | 3. Rol laboral o puesto de trabajo adaptado. (10%) | 4. Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo. (15%) | 5. Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo con actividades recortadas. (20%) | 6. Rol laboral en condiciones especiales o sin posibilidad de rol laboral-restricciones completas (25%) | Valor Asignado % |
|---|---|--|---|--|---|---|------------------|
| | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| TABLA 2: Clasificación de las restricciones en función de la autosuficiencia económica VALOR MAXIMO (2.5%) | 1. Autosuficiente (0%) | 2. Autosuficiencia reajustada (1.0%) | 3. Precariamente autosuficiente. (1.5%) | 4. Económicamente débiles. (2.0%) | 5. Económicamente dependientes. (2.5%) | | Valor Asignado % |
| | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | | 0.0 |
| TABLA 3: Clasificación de las restricciones en función de la edad cronológica por edad cumplida al momento de calificar VALOR MAXIMO (2.5%) | 1. Menor de 18 años (2.5%) | 2. Mayor o igual a 18 años, menor de 30 años (0.5%) | 3. Mayor o igual a 30 años, menor de 40 años (1.0%) | 4. Mayor o igual a 40 años, menor de 50 años (1.5%) | 5. Mayor o igual a 50 años, menor de 60 años (2.0%) | 6. Mayor o igual a 60 años (2.5%) | Valor Asignado % |
| | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| SUMATORIA ROL LABORAL, AUTOSUFICIENCIA ECONOMICA Y EDAD (30%) | | | | | | | 0.0 |

CALIFICACION DE OTRAS AREAS OCUPACIONALES (AVD) - Capitulo II

Asigne el valor según grado de dificultad, ayuda y

| CLAS | VALOR | CRITERIO CUALITATIVO |
|------|-------|-----------------------------------|
| A | 0.0 | No hay dificultad, no dependencia |
| B | 0.1 | Dificultad leve no dependencia |
| C | 0.2 | Dificultad moderada-dependencia |

| CLAS | VALOR | CRITERIO CUALITATIVO |
|------|-------|---------------------------------------|
| D | 0,3 | Dificultad severa- dependencia severa |
| E | 0,4 | Dificultad completa- dependencia |

| COD | AREA OCUPACIONAL | | Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores | | | | | | | | | | Valor Asignado % |
|---|------------------|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------------------|
| d1 | Tabla 6 | Aprendizaje y aplicación del conocimiento Valor máximo (4.0%) | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 | 1.8 | 1.9 | 1.10 | 0,0 |
| | | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| d3 | Tabla 7 | Comunicación Valor máximo (4.0%) | Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores | | | | | | | | | | Valor Asignado % |
| | | | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 2.8 | 2.9 | 2.10 | 0,0 |
| | | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| d4 | Tabla 8 | Movilidad Valor máximo (4.0%) | Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores | | | | | | | | | | Valor Asignado % |
| | | | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.8 | 3.9 | 3.10 | 0,0 |
| | | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| d5 | Tabla 9 | Auto cuidado-cuidado personal Valor máximo (4.0%) | Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores | | | | | | | | | | Valor Asignado % |
| | | | 4.1 | 4.2 | 4.3 | 4.4 | 4.5 | 4.6 | 4.7 | 4.8 | 4.9 | 4.10 | 0,0 |
| | | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| d6 | Tabla 10 | Vida domestica | Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores | | | | | | | | | | Valor Asignado % |
| | | | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 5.6 | 5.7 | 5.8 | 5.9 | 5.10 | 0,0 |
| | | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| SUMATORIA TOTAL OTRAS AREAS OCUPACIONALES (20%) | | | | | | | | | | | | | 0,00 |

VALOR FINAL DE LA SEGUNDA PARTE PARA LAS PERSONAS EN EDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA (50%)

0.0

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Perdida de Capacidad Laboral = TITULO I -Valor Final Ponderada + TITULO II -Valor Final

VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL % = 0.0

| FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA PCL/OCUPACIONAL: | Día | Mes | Año | SUSTENTACION DE LA FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA |
|--|-----|-----|------|--|
| | 25 | 06 | 2020 | concepto de medicina del dolor |

Calificación de origen: ACCIDENTE DE TRABAJO

| FECHA DE ACCIDENTE: (Si aplica) | Día | Mes | Año |
|---------------------------------|-----|-----|------|
| | 08 | 06 | 2019 |

| FECHA DE DIAGNOSTICO CLINICO ENFERMEDAD: (Si) | Día | Mes | Año |
|---|-----|-----|------|
| | 08 | 06 | 2019 |

| FECHA DE CALIFICACION COMO ENFERMEDAD LABORAL PRIMERA OPORTUNIDAD: (si aplica) | Día | Mes | Año |
|--|-----|-----|------|
| | 12 | 05 | 2021 |

CLASIFICACIÓN CONDICIÓN DE SALUD-TIPO DE ENFERMEDAD (SI o NO)

| | |
|--|----|
| REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Areas | NO |
| REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES | NO |
| REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Areas | NO |
| TIPO DE ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA: | NO |
| PROGRESIVA: | NO |

8. GRUPO CALIFICADOR

GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO

| | NOMBRE | Registro médico | Licencia SO. | Firma |
|--|---------------------------------|-----------------|--|---|
| Médico Especialista S.O. | MEJIA TORRES LINETH ALEJANDRA | R.M. - 351/2009 | Lic. SO Res. 132 del 24/01/2011 SDS de Bolívar |  |
| Médico Especialista S.O. | CARVAJAL SEPULVEDA CARLOS MARIO | R.M. 5144/92 | Lic. SST Res. 2017060110705/17 |  |
| Médico Especialista S.O. | RAMIREZ ALVAREZ FERNANDO | R.M. 9705/85 | LSO R.2016060009213 03/05/2016 |  |
| Otro profesional de la salud (si aplica) | No Aplica | No Aplica | No Aplica | |

LUZ MERY HOYOS MEJIA

F.Nacimiento : 1991-01-31

CC-1144150035

Dirección : CRA. 50 NO. 55-56 - CALI

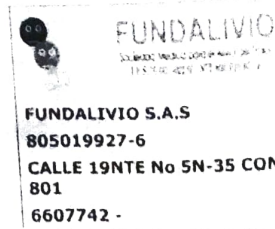
Móvil : No Tiene

Edad : 30 Año(s) - 3 Mes(es)

Género : femenino

Telefono : 3174122243

Tipo Afiliado : null

Fecha Impresión: 2021-05-20- 11:14 20 AM
Usuario: medico

Punto Atención : CONSULTA EXTERNA

Linea Producto : CONSULTA MEDICINA ALTERNATIVA

Evolucion N° 1

No Documento : FC-96061

Estado : CERRADO

Fecha Atencion: 2020-06-25

Código Prestador : 760010223901

Sede : .NORTE

Profesional: TRATAMIENTO INTEGRAL 1 FUNDALIVIO

DESCRIPCIÓN EVOLUCIÓN

MOTIVO DE CONSULTA: ASISTE PARA EVALUACION FINAL

INFORME FINAL ATENCION INTEGRAL DOLOR MES

- ANTECEDENTES: 1 AÑO EVOLUCION DOLOR CRONICO EN TOBILLO DERECHO PREDOMINIO CARA MEDIAL, POST TRAUMA (RMN DESCARTA LESIONES LIGAMENTARIAS, CARTILAGINOSAS, TENDINOSAS, TEJIDOS BLANDOS Y HUESO), EVA: 4/10, INDICE LATINEM PARA DOLOR: 5/20, ANALGESIA KETOPROFENO GEL. AL EXAMEN FISICO: MARCHA INDEPENDIENTE, NO EDEMA, NO CAMBIOS INFLAMATORIOS NI VASOMOTORES, MARCHA NORMAL, AMAS COMPLETOS, NO INESTABILIDAD LIGAMENTARIA, NO DOLOR A LA PALPACION.

-EVOLUCION:

RECIBIO ATENCION INTEGRAL MES DE DOLOR PROGRAMADA ENTRE EL 18/MARZ/2020 Y HOY: JUNTA MEDICA, NO ACUDIO A SESION EDUCATIVA GRUPAL, MEDICINA TRADICIONAL CHINA Y ACUPUNTURA ACUDIO A # 2 DE 5 SESIONES PROGRAMADAS, NEURALTERAPIA ACUDIO A # 2 DE 5 SESIONES PROGRAMADAS, PSICOLOGIA ACUDIO A # 0 DE 2 SESIONES PROGRAMADAS, NO ACUDIO A CITA PARA EVALUACION FINAL.

DX: 1- DOLOR CRONICO RESIDUAL INESPECIFICO TOBILLO DERECHO. NO CRITERIOS PARA SDRC NI PARA DOLOR NEUROPATICO.

CONCEPTO:

EGRESO POR INASISTENCIA.

FIRMADO: NESTOR ALZATE, MD. FISIATRA (EVALUACION FINAL TRATAMIENTO INTEGRAL DOLOR)

DIAGNOSTICO CIE10

Dx Principal: (S900) CONTUSION DEL TOBILLO

Dx Relacionado 1: Sin seleccionar Diagnostico

Dx Relacionado 2: Sin seleccionar Diagnostico

Tipo Diagnostico: Impresión Diagnostica

Finalidad Consulta: No aplica

Causa Consulta: Enfermedad general

Fundalivio SAS
Cll. 805019927-6

EPICRISIS

Nº177726

GENERAL

02/Julio/2020 11:24 a. m.

1094937520

LUZ MERY HOYOS MEJIA

Cécula, Ciudadana

EPS010

Ingreso: 835917

JULIAN ANDRES GALLEGO MORENO

Número: 1144150036

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Tipo Paciente: 25 Años 15 Meses 12 Días

Contributivo

Sexo: F. Masculino: 31/01/1991

Confirmado

Urgencias

Fecha Ingreso: 20/06/2020 11:28:49 p. m.

N DE LA EPICRISIS

Preso

Raz

Consult

Ninguna

Motivo de Consulta

Fecha Egreso: 02/Julio/2020

Estado Paciente: VIVO

INGRESO 6TO PISO HOSPITALIZACION - PROVENIENTE DE URGENCIAS -

SE SOLICITA KIT DE PROTECCION PARA COVID-19 (EPP INSTITUCIONAL), PROCEDO A COLOCARME LOS ELEMENTOS DE PROTECCION, PUYAMA (CAMISA Y PANTALON), POLAINAS Y GORRO DESECHABLE, POSTHIGIENE DE MANOS CON JABON EN LOS CINCO MOMENTOS, COLOCACION DE PRIMER PAR DE GUANTES DE LATEX, POST BATA DESECHABLE, COLOCACION DE TAPABOCAS N 95 NUEVA MONOGAFAS, CARETA Y SEGUNDO PAR DE GUANTES SOBRE EMPUJADURA DE BATA, UNA VEZ VALORADO EL PACIENTE, PROCEDO A RETIRO DE EQUIPO, HIGIENE DE GUANTES CON ALCOHOL GLICERINADO, RETIRO EL PRIMER PAR DE GUANTES JUNTO CON LA BATA DESECHABLE HACIA AFUERA Y ABAJO ENROLLANDO DE ADETRONTO HACIA AFUERA Y LOS DEPOSITO EN BOLSA ROJA DE DESECHOS, HIGIENE DE SEGUNDO PAR DE GUANTES CON ALCOHOL GLICERINADO, RETIRO DE CARETA DE ATRAS HACIA ADELANTE, RETIRO DE MONOGAFAS DE ATRAS HACIA ADELANTE, RETIRO DE MONOGAFAS DE ATRAS HACIA ADELANTE, RETIRO DE TAPABOCAS N 95 DE ATRAS HACIA ADELANTE, RETIRO DE POLAINAS DE ATRAS HACIA ADELANTE, LAVO ELEMENTOS MONOGAFAS, CARETA FOMOSCOPIO CON AMONIO CUATERNARIO, HIGIENE DE GUANTES CON ALCOHOL GLICERINADO, RETIRO DE GUANTES Y LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON EN LOS CINCO MOMENTOS AL LLEGAR A LA ESTACION DE ENFERMERIA.

MEGA CONTACTO ESTRECHO O NEXO EPIDEMIOLOGICO CON PACIENTE COVID-19 Y NO ES TRABAJADORA DE LA SALUD.

*...YO VENGO CON DIFICULTAD PARA DEGLUTIR DESDE EL MIERCOLES.

LA PACIENTE Y EL PAPA DICEN QUE HACE SIETE MESES PRESENTA PERIODA DE 10 Kg DE PESO, HA PRESENTADO DISFAGIA, NO TOLERA LA DIETA BLANDA ESTABA CON DIETA LIQUIDA, LOS SINTOMAS SE HAN INTENSIFICADO EN LOS ULTIMOS CUATRO DIAS, PROSOS EPIGASTRALGIA, NAUSEAS, ANOREXIA ASTENIA ANOMIA, LE TOMAN EN FUNDACION VALLE DEL LILI MANOMETRIA ESOFAGICA DE ALTA RESOLUCION MAS IMPEDANCIOMETRIA 26 DE DICIEMBRE DE 2019, NORMAL, ESCALA DE CHICAGO 3.0 ADECUADA RESERVA ESOFAGICA, ACLARAMIENTO ADECUADO DEL BOLO, ESOFAGOGRAMA 16 DE OCTUBRE DE 2019 NO HAY DEFECTOS DE LLENADO QUE SUGIERAN LESIONES INTRINSECAS NI EXTRINSECAS, MUJOSA DE ASPECTO NORMAL, UNION GASTROESOFAGICA ADECUADO PASO DEL MEDIO DE CONTRASTE NO HAY MAGENES QUE SUGIERAN PROCESOS INFLAMATORIOS NI LESIONES EXPANSIVAS, ESTOMAGO LLENO Y DISTENDE NORMALMENTE, NO HAY DEFECTOS DE PARED, LA MUJOSA ES DE ASPECTO NORMAL, MARCO DUODENAL Y ANGULO ETREITZ EN POSICION NORMAL, ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA GASTRITIS ANTRANO EROSION HELICOBACTER PYLORI + ESTUDIO NEGATIVO PARA METAPLASIA, DISPLASIA O MALIGNIDAD 04/10/2019

CINEVIDEODEGLUCION 22 DE OCTUBRE DE 2019: DEGLUCION PROXIMAL, FARINGEA Y ESOFAGICA NORMAL.

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS PROVENIENTE DE URGENCIAS, INGRESA EL 21/6/2020 A LA INSTITUCION, SE TRATA DE UNA PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DISFAGIA DIAGNOSTICADA DESDE EL 2019, SE DESCARTO LESIONES ANATOMICAS Y FUNCIONALES, SE INDICO MANEJO CON TERAPIA FONODIAGNOSTICA, REFIERE QUE EN LOS ULTIMOS MESES HA ESTADO BAJANDO DE PESO (APROX 10 KG), HACE 4 DIAS LA DISFAGIA SE HACE MAS INTENSA, NO RECIBE NI LIQUIDOS NI SOLIDOS, ASOCIA MALESTAR GENERAL AL EXAMEN FISICO LUCE ANSIOSA, NO TOXICA, CABEZA, MUJOSAS HUMEDAS, ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS SIMETRICAS Y RECTIVAS, CUELLO, NO ADENOPATIAS, NO INGUERTACION YUGULAR, CR. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, NO S3, M V NORMAL, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, LEVE DOLOR A LA PALPACION DEL EPICASTRO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES: SIMETRICAS, NO EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS POSITIVOS, SNC, ALERTA, ORIENTADA, FUERZA MUSCULAR NORMAL, PARACLINICOS (21/6/2020) HEMOGRAMA: LEUCOS 13.06 N 88%, HB 13.2, HCTO 38%, PLT 30600, CR 0.5, SCOV 141, POTASIO 4.0, ALBUMINA 4.1, TSH 0.58 POR 0.33 RX TORAX (21/6/2020) NORMAL, RX SPN (21/6/2020) HAY POBRE NEUMATIZACION DEL SENO FRONTAL DERECHO, SEPTO NASAL ALINEADO, CORNETES INFERIORES CON ENGROSAMIENTO DE SU MUJOSA, SE OBSERVA UNA IMAGEN Densa, REDONDEADA QUE SE PROYECTA EN EL SENO MAXILAR IZQUIERDO, PUEDE CORRESPONDER A UN QUISTE DE RETENCION, RECOMENDO COMPLEMENTO CON TOMOGRAFIA, VALORADA POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA QUIENES ANTE NO CLARIDAD DE CAUSA DEL TRASTORNO SOLICITAN VALORACION POR FONODIAGNOSTICA, NEUROLOGIA, ORL, NUTRICION, ADEMAS SOLICITAN ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS, B12, TAC DE CRANEO SIMPLE (BUSCAR ELEMENTOS DE DISFAGIA CENTRAL) E INDICAN INICIAR JEVITY 10 CC HORA POR SNY Y TRATAMIENTO PARA H. PYLORI DIAGNOSTICADO EN ENDA DEL 2019.

Examen

Indicador

LE COLOCARON EN SURA METILPREDNISOLONA Y PROTECCION GASTRICA, ANALGESIA

SE TRATA DE UNA PACIENTE CON UN CUADRO CLINICO COMPATIBLE CON DISFAGIA, CON SENSACION DE AHOGO, QUE, SIENDE QUE NO LE ENTRA AIRE POR LAS FOSAS NASALES, QUE COMIENZO UNA FRUTA TUVO SENSACION DE AHOGO, SE DEBA DESCARTAR BRONCOASPIRACION, POR TRASTORNO DE LA DEGLUCION, SE DEJA EN OBSERVACION

UBICAR EN OBSERVACION

CANALIZAR VENA

CABECERA A 30 GRADOS

NADA VIA ORAL

LEV SSN 0.9 % CON DEXTROSA AL 5 % 1000 CC + 7 CC DE KATROL A 60 CCHORA

RANTIDINA UNA AMPOLLA X 50 mg EV CADA 12 HORAS

METILPREDNISOLONA 125 mg EV CADA 8 HORAS X 24 HORAS

SE SOLICITA HEMOGRAMA CREATININA, SCOV POTASIO ALBUMINA, PROTEINA DIFERENCIADAS, RADIOGRAFIA DE TORAX AP Y LATERAL RX DE SENOIS PARANASALES, VALORACION

POR CIRUGIA GENERAL, NUTRICION Y OTORRINOLARINGOLOGIA SE LLAMA A DRA ANDREA GOMEZ SE VA ABUJON SE INTENTARA MAS TARDE, LE DEJO MENSURAR DE BUJON

AVISAR CAMBIOS

GRACIAS

Tipo Médicos Fecha: 21/06/2020 12:19 a. m.

Detalle: ASMA NO

TUBERCULOSIS NO

HIPERTENSION ARTERIAL NO

DIABETES MELLITUS NO

ALERGIAS PREDNISOLONA

QUIRURGICOS RINNOPLASTIA

NIEGA CONTACTO ESTRECHO O NEXO EPIDEMIOLOGICO CON PACIENTE DE COVID-19 Y NO ES TRABAJADOR DE LA SALUD

Tipo Médicos Fecha: 28/06/2020 12:52 p. m.

Detalle: --

Intelectos:

Idioma:

Ente:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
Cedula de Ciudadanía

NÚMERO 1.144.150.035

HUYOS MEJIA

APellidos

LUZ MERY

Nombre

Luz Mery Hoyo Mejia
Firma



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1991

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

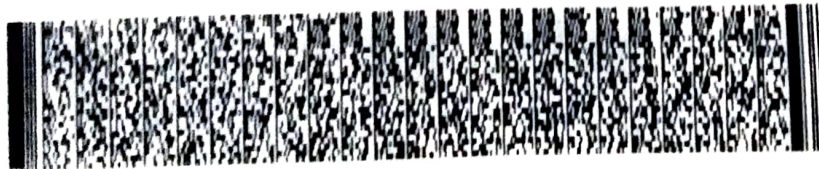
1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

10-JUL-2009 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100150-00408631-F-1144150035-20121101

0031536176A 1

2742015833

| | | |
|---|---|--|
| HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución) REVISIONES | | |
| Paciente: LUZ MERY HOYOS MEJIA | | Identificación: CC 1144150035 |
| Ocupación: No disponible | | Sexo: Femenino |
| Afiliación: COTIZANTE | Teléfono (1): 3340000 | Teléfono (2): 3174122243 |
| Raza: No Disponible | Condición: No Disponible | Nivel Socioeconómico: No Disponible |
| Servicio: REVISION MEDICO GENERAL | Orden: 81009-34415600 | Tipo Consulta: No Disponible |
| IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP | Fecha: 2021/03/23 14:05 | Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA) |
| Responsable: No disponible | | |
| Acompañante: No disponible | | |
| Motivo Que Origina la Consulta: ACCIDENTE DE TRABAJO Consentimiento Informado: NO | | |
| MC: teleconsulta. Refiere que se encuentra incapacitada por eps. Refiere dolor en tobillo derecho. Marcha independiente. Refiere que no tolera todos los tipo de calzado. Se ordena terapia física y medicación. EA: | | |
| Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras : | | |
| Signos Vitales: Descripción: teleconsulta. Refiere dolor en tobillo derecho. Marcha independiente. Refiere que no tolera todos los tipo de calzado Peso: 50.0Kgs Talla: 165.0 cms P.Sentado: 120/70. Respiracion: 15 /min Pulso: 80/min Ritmico Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : no evaluado Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Fisico : no evaluado Piel y Faneras : no evaluado | | |
| Dx: S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO. Impresión diagnóstica | | |
| ARL SURA: | Expediente: 1310502167 | Autorización: 16721265 |
| CONDUCTA DE LA CONSULTA: CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - incapacitada por eps, REVISIÓN : 1 Meses | | |
| Profesional: JAIME ENRIQUE ACOSTA VELEZ CC 91444749 | | <div>Firma</div> <div>I500354749F210323I114419144</div> |

| | | |
|--|---------------------------------|---|
| HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución) | | |
| Paciente: LUZ MERY HOYOS MEJIA | | Identificación: CC 1144150035 |
| Ocupación: No disponible | | Sexo: Femenino |
| Afiliación: COTIZANTE | Teléfono (1): 3340000 | Teléfono (2): 3174122243 |
| Raza: No Disponible | Condición: No Disponible | Nivel Socioeconómico: No Disponible |
| Servicio: CONTROL ORTOPEDIA | Orden: 81009-30384900 | Tipo Consulta: No Disponible |
| IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP | Fecha: 2020/01/22 07:42 | Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA) |
| Responsable: No disponible | | |
| Acompañante: No disponible | | |
| Motivo Que Origina la Consulta: ACCIDENTE DE TRABAJO Consentimiento Informado: SI | | |
| MC: TRAUMA TOBILLO DERECHO EA: pcte que en junio del 2019 tuvo un esguince de tobillo derecho jugando futbol pero la pcte nos refiere aun esta con dolores .hizo 7 terapias pero no mejoro-TRAE HOY RMN INDICADA | | |
| Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras : | | |
| Signos Vitales: Descripción: P.Sentado: 120/80. Pulso: 80/min Ritmico Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : Columna : normal Articulaciones : Rubor : No Presenta, .-.-.-.-.-.-.-.-.-.-. Otros : oiblo derecho con .edema moderado lado peroneo dolor sindesmosis tibio peroneo RMN NUCLEAR SIIN ALTERACIONES... ANTE ESTO SE ENVIA A CLINICA DE DOLOR ,ANTE LA CRONICIDAD DEL DOLOR.CERRAMOS POR NUESTRA PARTE EL CASO.. Extremidades : normal Extremidades Superiores : normal Tronco : normal Extremidades Inferiores : normal Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Fisico : no evaluado Piel y Faneras : no evaluado | | |
| Dx: S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO. Impresión diagnóstica | | |
| ARL SURA: | | Autorización: 14503507 |
| CONDUCTA DE LA CONSULTA: REMITIDO A OTRA ESPECIALIDAD (14199) , ESPECIALIDAD (230) : CUIDADO PALIATIVO Y DOLOR | | |
| Profesional: VLADIMIR LUIS CARMONA MARTINEZ CC 1144110383 | | <div>Firma</div> <div>I5003510383F2001221144111441</div> |
| Registro: 76007906 | | |

| | | |
|---|---------------------------------|--|
| HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución) | | |
| Paciente: LUZ MERY HOYOS MEJIA | | Identificación: CC 1144150035 |
| Ocupación: No disponible | | Sexo: Femenino |
| Afiliación: COTIZANTE | Teléfono (1): 3340000 | Teléfono (2): 3174122243 |
| Raza: No Disponible | Condición: No Disponible | Nivel Socioeconómico: No Disponible |
| Servicio: CONSULTA ORTOPEDIA | Orden: 81009-30141000 | Tipo Consulta: No Disponible |
| IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP | Fecha: 2019/12/26 11:26 | Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA) |
| Responsable: No disponible | | |
| Acompañante: No disponible | | |
| Motivo Que Origina la Consulta: ACCIDENTE DE TRABAJO Consentimiento Informado: SI | | |
| MC: trauma tobillo derecho EA: pcte que en junio del 2019 tuvo un esguince de tobillo derecho jugando futbol pero la pcte nos refiere aun esta con dolores .hizo 7 terapias pero no mejoro- | | |
| Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras : | | |
| Signos Vitales: Descripción: P.Sentado: 120/80. Pulso: 80/min Ritmico Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : Columna : normal Articulaciones : Rubor : No Presenta, -.-.-.-.-. Otros : toibllo derecho con .edema moderado lado peroneo dolor sindesmosis tibio peroneo , no trae exámenes se indica rmn de tobillo derecho . Extremidades : normal Extremidades Superiores : normal Tronco : normal Extremidades Inferiores : normal Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Físico : no evaluado Piel y Faneras : no evaluado | | |
| Dx: S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO. Impresión diagnóstica | | |
| ARL SURA: | | Expediente: 1310502167 |
| | | Autorización: 14375192 |
| CONDUCTA DE LA CONSULTA: CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) , REVISIÓN : 20 DIAS | | |
| Profesional: VLADIMIR LUIS CARMONA MARTINEZ CC 1144110383 | | <div>Firma</div> <div>I5003510383F191226I1144111441</div> |
| Registro: 76007906 | | |

Información básica del paciente y la atención

Plan: **ARL**

Luz Mery Hoyos Mejia

Identificación
CC 1144150035

Fecha de nacimiento
31-01-1991

Edad
28 años(Juventud)

Sexo
Femenino

Tipo de afiliación
ARL
Teléfono fijo
0000000
Estado civil

Departamento
ANTIOQUIA
Otro teléfono fijo
3174122243
Ocupación

Municipio
MEDELLIN

Dirección
CL 26 7-41
Correo electrónico
luzme2114@hotmail.com

Movilidad para llegar a la atención

Modo de transporte Bus

Motivo de Consulta

" siento molestia aun " at 8 de junio / 2019 - dominancia derecha - celula 3174122243- proviene de Cali - dx esguince de tobillo derecho .

Enfermedad actual

mec del trauma / realizando una actividad deportiva , hizo inversion forzada del tobillo derecho .

la paciente estuvo en IT por 2 dias , realizo 7 ss de TF , esta reintegrada .

La paciente refiere que no tuvo mejoría , refiere que hay dolor localizado y al caminar , manifiesta el dolor actual en escala de 7 / 10 EVA .

esta laborando en area financiera , labora en oficina , no hay cargas .

la pacinte refierque no se realizaron imagenes en su consulta de urgencia ni en controles

Revisión por Sistemas

califica el dolor como 7 / 10 EVA utiliza topico , y emprismo , pero no mejora el dolor no usa analgesicos , esta con sintomas de disfagia , la dieta es liquida , refiere no puede comer solidos

Antecedentes Patológicos

| Patología | Presenta | Patología | Presenta |
|----------------------------------|----------|--|----------|
| Trastorno Osteomuscular | No | Trastorno Del Tracto Digestivo | No |
| Neumopatía Laboral | No | Trastorno Psiquiátrico | No |
| Epoc | No | VIH | No |
| Asma | No | Dislipidemia | No |
| Hipertensión Arterial | No | Enfermedades Cardiovasculares | No |
| Insuficiencia Venosa Periférica | No | Enfermedad Cerebrovascular | No |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No | Artritis Reumatoidea | No |
| Trastorno de la Coagulación | No | Sobrepeso | No |
| Diabetes Mellitus | No | Síndrome De Intolerancia A Los Hidratos De Carbono | No |
| Obesidad | No | Enfermedad Vascular Periférica | No |
| Enfermedad Tiroidea | No | Aneurisma | No |
| Cáncer | No | enfermedad renal crónica | No |
| Insuficiencia Renal Crónica | No | | |

Antecedentes Traumáticos

No relata antecedentes traumáticos

Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento

rinoplastia

Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

Antecedentes ginecobstétricos

| | | | |
|------------------------------|-----------|------------------------------------|------------|
| Menarca años | 12 año(s) | FUM (Fecha de última menstruación) | 23-09-2019 |
| Duración del ciclo menstrual | 5 Dias | Frecuencia del ciclo menstrual | 28 Dias |
| Ciclo menstrual | Regular | | |

¿Planifica?: Si

Métodos de planificación: Anticonceptivo oral

| | | | |
|------------------------|------------|---------------------|--------|
| Fecha última citología | 12-05-2017 | Resultado citología | Normal |
|------------------------|------------|---------------------|--------|

Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

Información del embarazo actual

Esta embarazada No

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación: Empleado dependiente, Ocupación: ANALISTA CONTABLE Y FINANCIERO, Estado: Actualmente, Tiempo Oficio: 3 año(s), Empresa: CAJA COMPENSACION FAMILIAR VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

| | | | |
|---|---------|------------------------------------|----|
| ¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida? | No | ¿Ha fumado en los últimos 6 meses? | No |
| Clasificación | No fuma | | |

Exposición al tabaco ¿Fumador pasivo?: No

Consumo de Alcohol

| | | | |
|---|----------------------|--|----|
| Frecuencia consumo de licor | Ha tomado alguna vez | | |
| ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? | No | ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? | No |
| ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? | No | ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? | No |
| Clasificación | Bebedor social | | |

Sustancias psicoactivas ¿Consume sustancias psicoactivas?: No

Hábitos (Actividad física) ¿Realiza actividad física?: No

Otros hábitos Otros hábitos y estilos de vida: Recuento de 24 horas: D: 1 vaso de bienestarina con dos huevos, dos cdas de leche en polvo y un pan. M/M: No. A: 1 plato de caldo de pescado con papa y zanahoria, medio pocillo de jugo de guayaba. M/T: 1 vaso de bienestarina con un huevo, tres cdas de proteína de megaplex. 1 bola de helado. C: Un licuado de corazones de pollo con habichuelas y una papa, un cuarto de taza de jugo de guayaba. R: No. Refiere "Trato de prepararme todos los días las preparaciones que me mando y me tomo dos veces en el día, no tomo mas por que el cuerpo no meda".

Antecedentes familiares

| Patología | Parentesco | Patología | Parentesco |
|-----------------------|------------|-----------------------|------------|
| Hipertensión Arterial | Padre | Hipertensión Arterial | Abuelos |

Examen físico

Medidas Antropométricas Peso: 56 kg, Talla: 164 cm, IMC: 20.82, Clasificación según IMC : Peso normal

Signos Vitales Frecuencia cardiaca: 72 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 80, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 93.33

Otros signos vitales Sitio de toma de temperatura: Axilar, siete

Estado general del paciente en buenas condicines generales sin ayudas afebril

Osteomuscular en le tobillo derecho , no hay inestabilidad articular , los amas esta completo , no hay edema , no hay signos de sindrome doloros regional , describe dolo en la regio dela uno fibulo talar y la region anterior del cuello

Dispositivos de asistencia COMPOSICION

Utiliza dispositivos de asistencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia No

Análisis y plan

Notas de análisis y plan: se le indica , valoraciones de ortopedia para definir conducta mas adecuada

| Diagnóstico principal | Tipo de diagnóstico |
|---|---------------------|
| S934-ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO | Confirmado repetido |

Recomendaciones

Recomendaciones: se revisara despues de la cita de ortopedia

Causa externa y finalidad

Causa externa Accidente de trabajo Finalidad de la consulta No aplica

Conducta final

Prescripción de medicamentos

| Código | Tipo | Nombre | Posología | Cantidad |
|--------|-------|--|--|----------|
| N/A | salud | KETOPROFENO 2,5 G GEL TOPICO TUBO X 30 G | 1 APLICACIONES cada 12 Horas durante 30 DIAS | 2 |

Ayudas diagnósticas

Remisión

| Código | Tipo | Nombre | Cantidad |
|--------|-------|----------------------|----------|
| 50422 | salud | CONSULTA ORTOPEDISTA | N/A |

Recomendaciones

se revisara despues de la cita de ortopedia

Información del profesional

RAMIRO GUERRERO DUARTE

CC 94378956

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA Registro 761001

Información básica del paciente y la atención

Plan: ARL

Luz Mery Hoyos Mejia

Identificación
CC 1144150035

Fecha de nacimiento
31-01-1991

Edad
28 años(Juventud)

Sexo
Femenino

Tipo de afiliación
ARL
Teléfono fijo
Estado civil

Departamento
ANTIOQUIA
Otro teléfono fijo
3174122243
Ocupación

Municipio
MEDELLIN

Dirección
CL 26 7-41
Correo electrónico
luzme2114@hotmail.com

Movilidad para llegar a la atención

Modo de transporte Bus

Motivo de Consulta

" CONTROL " AT: 08/06/19 // ESCOLARIDAD: CONTADORA PUBLICA // PROCEDENCIA: CALI // ESTADO CIVIL: SOLTERA // EPS: COOMEVA

Enfermedad actual

PACIENTE CON AT CON DX DE ESGUINCE DE TOBILLO DERECHO /// PACIENTE ASISTE EL DIA HOY COMENTA QUE TERMINO TERAPIA FISICA (NO APORTA REPORTE FINAL), REFIERE QUE HA PRESENTADO EVOLUCION, OCASIONALMENTE PRESENTA DOLOR AL APOYO PROLONGADO DEL PIE O LA DEAMBULACION.

Revisión por Sistemas

NIEGA

Antecedentes Patológicos

| Patología | Presenta |
|-------------------------|----------|
| Trastorno Osteomuscular | No |
| Neuropatía Laboral | No |

| Patología | Presenta |
|-----------|----------|
|-----------|----------|

Antecedentes Traumáticos

No relata antecedentes traumáticos

Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación: Empleado dependiente, Ocupación: ANALISTA CONTABLE Y FINANCIERO, Estado: Actualmente, Tiempo Oficio: 3 año(s), Empresa: CAJA COMPENSACION FAMILIAR VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR

Antecedentes quirúrgicos

| Procedimiento |
|---------------|
| rinoplastia |

Examen físico

Medidas Antropométricas Talla: 165 cm

Signos Vitales Frecuencia cardíaca: 79 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 80, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 93.33

Otros signos vitales Temperatura: 36.6 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 99 %

Estado general del paciente PACIENTE INGRESA EN BUENAS CONDICIONES ALERTA, ORIENTADA, ESTABLE, NO LUCE ALGICA, NO ORTESIS, NO PROTESIS, NO AYUDAS.

Osteomuscular TOBILLO DERECHO NO SE OBSERVA EDEMA NO PRESENTA CAMBIOS DE COLORACION, NO DOLOR A LA PALPACION, AMAS PASIVOS Y ACTIVOS COMPLETOS, NO SIGNOS DE INESTABILIDAD, MARCHA SIN ALTERACIONES.

Dispositivos de asistencia COMPOSICION

Utiliza dispositivos de asistencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia No

Análisis y plan

Notas de análisis y plan: PACIENTE CON AT DX: ESGUINCE DE TOBILLO DERECHO. AL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AMAS COMPLETOS FUNCIONALES, NO SIGNOS DE INESTABILIDAD, CONSIDERO ALCANZO MEJORIA MEDICA MAXIMA. POR LO QUE INDICO ALTA MEDICA, SE INDICA REINTEGRO DIRECTO POR SU EMPRESA, SE COMENTA CASO CON MEDICO LABORAL.

Notas de expectativas y metas Notas de expectativas y metas: ALTA MEDICA

| Diagnóstico principal | Tipo de diagnóstico |
|---|---------------------|
| S934-ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO | Confirmado repetido |

Recomendaciones

Recomendaciones: PACIENTE CON AT DX: ESGUINCE DE TOBILLO DERECHO. AL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AMAS COMPLETOS FUNCIONALES, NO SIGNOS DE INESTABILIDAD, CONSIDERO ALCANZO MEJORIA MEDICA MAXIMA. POR LO QUE INDICO ALTA MEDICA, SE INDICA REINTEGRO DIRECTO POR SU EMPRESA, SE COMENTA CASO CON MEDICO LABORAL. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES: COMPRESAS DE AGUA TIBIA CON SULFATO DE MAGNESIO O CALENDULA, PLAN CASERO DE EJERCICIOS DIARIO

Causa externa y finalidad

Causa externa Accidente de trabajo Finalidad de la consulta No aplica

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

Remisión

Recomendaciones

PACIENTE CON AT DX: ESGUINCE DE TOBILLO DERECHO. AL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AMAS COMPLETOS FUNCIONALES, NO SIGNOS DE INESTABILIDAD, CONSIDERO ALCANZO MEJORIA MEDICA MAXIMA. POR LO QUE INDICO ALTA MEDICA, SE INDICA REINTEGRO DIRECTO POR SU EMPRESA, SE COMENTA CASO CON MEDICO LABORAL. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES: COMPRESAS DE AGUA TIBIA CON SULFATO DE MAGNESIO O CALENDULA, PLAN CASERO DE EJERCICIOS DIARIO

Información del profesional

ANGIE ESTEFANIA GIL BOLAÑOS

CC 1085311400

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 1085311400

Información básica del paciente y la atención

Plan: **ARL**

Luz Mery Hoyos Mejia

Identificación
CC 1144150035

Fecha de nacimiento
31-01-1991

Edad
28 años(Juventud)

Sexo
Femenino

Tipo de afiliación
ARL
Teléfono fijo
Estado civil

Departamento
ANTIOQUIA
Otro teléfono fijo
3174122243
Ocupación

Municipio
MEDELLIN

Dirección
Correo electrónico
luzme2114@hotmail.com

Movilidad para llegar a la atención

Modo de transporte Taxi

Motivo de Consulta

AT: 08/06/19 // ESCOLARIDAD: CONTADORA PUBLICA // PROCEDENCIA: CALI // ESTADO CIVIL: SOLTERA// EPS: COOMEVA

Enfermedad actual

PACIENTE CON AT QUIEN SE ENCONTRABA EN SU JORNADA LABORAL, REFIERE QUE ESTABA EN UN TORNEO DE LA EMPRESA JUGANDO FUTBOL EN ESE MOMENTO PRESENTO TORCEDURA DE PIE DERECHO CON POSTERIOR CAIDA EN INVERSION , CON POSTERIOR DOLOR, SE AUTOMEDICO CON DICLOFENACO CON DISMINUCION DE DOLOR, PERO 2 DIAS DESPUES PRESENTA EXACERBACION POR LO QUE CONSULTA A SU EPS (NO APORTA HISTORIA CLINICA) DAN MANEJO ANALGESICO Y DAN EGRESO CON IT 1 DIA// PACIENTE ASISTE EL DIA DE HOY PÓR PRESENTAR PERSISTENCIA DE DOLOR, AHORA CON DOLOR INTENSO AL APOYO SIENTE QUE HA EMPEORADO. - PACIENTE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Revisión por Sistemas

NIEGA

Antecedentes Patológicos

| Patología | Presenta | Patología | Presenta |
|-------------------------|----------|-----------|----------|
| Trastorno Osteomuscular | No | | |
| Neumopatía Laboral | No | | |

Antecedentes Traumáticos

No relata antecedentes traumáticos

Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación: Empleado dependiente, Ocupación: ANALISTA CONTABLE Y FINANCIERO, Estado: Actualmente, Tiempo Oficio: 3 año(s), Empresa: CAJA COMPENSACION FAMILIAR VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR

Antecedentes quirúrgicos

| Procedimiento |
|---------------|
| rinoplastia |

Examen físico

Medidas Antropométricas Peso: 62 kg, Talla: 165 cm, IMC: 22.77, Clasificación según IMC : Peso normal

Signos Vitales Frecuencia cardíaca: 85 lpm, Frecuencia respiratoria: 16 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 110, Presión arterial diastólica: 80, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 90.00

Otros signos vitales Temperatura: 36.6 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 98 %

Estado general del paciente PACIENTE INGRESA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ESTABLE, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS, LUCE ALGICA, NO APOYO DE EXTREMIDAD IZQUIERDA COJEA, SIN AYUDAS, NO ORTESIS.

Osteomuscular TOBILLO Y PIE DERECHO NO SE OBSERVA EDEMA, NO CAMBIOS DE COLORACION, LEVE DOLOR A LA PALPACION EN REGION DE MALEOLO MEDIAL Y REGION LATERAL DE PIE, AMAS DE TOBILLO PASIVOS LIMITADOS POR DOLOR, AMAS ACTIVOS COMPLETOS, NO SIGNOS DE INESTABILIDAD, NO CREPITOS, NO DEFORMACIONES. AMAS DE DEDOS DEL PIE COMPLETOS.

Dispositivos de asistencia COMPOSICION

Utiliza dispositivos de asistencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia No

Análisis y plan

Notas de análisis y plan: PACIENTE CON AT CON DX DE ESGUINCE DE TOBILLO DERECHO, AL MOMENTO NO ENCUENTROS EDEMA, NO CAMBIOS DE COLORACION, NO SINGOS DE INESTABILIDAD, NI FRACTURA NI LUXACIONES, AMAS ACTIVOS COMPLETOS, DOLOR AL APOYO, INDICO MANEJO FARMACOLOGICO. DOY IT POR 3 DIAS, REINTEGRO LABORAL CON RECOMENDACIONES POR 10 DIAS (SE ENTREGAN A PACIENTE QUIEN DEBE LLEVAR A AREA DE SALUD OCUPACIONAL DE SU EMPRESA PARA CUMPLIMIENTO). SE SOLICITAN 7 SESIONES DE TERAPIA FISICA, LLAMANDO A LA LINEA 018000511414 O 3808938 OPCION 2 CON REPORTE DE TERAPIA FISICA. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES.

Notas de expectativas y metas Notas de expectativas y metas: MEJORIA DE DOLOR

| | |
|---|-----------------------|
| Diagnóstico principal | Tipo de diagnóstico |
| S934-ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO | Impresión diagnóstica |

Causa externa y finalidad

Causa externa Accidente de trabajo Finalidad de la consulta No aplica

Conducta final

Prescripción de medicamentos

| Código | Tipo | Nombre | Posología | Cantidad |
|--------|-------|--|--|----------|
| N/A | salud | KETOPROFENO 2.5/100 G/G GEL TOPICO | 1 APLICACIONES cada 12 Horas durante 10 Dias | 1 |
| N/A | salud | DICLOFENACO SODICO 140 MG CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA | 1 CAPSULAS cada 24 Horas durante 10 Dias | 10 |

Ayudas diagnósticas

Remisión

Recomendaciones

PACIENTE CON AT CON DX DE ESGUINCE DE TOBILLO DERECHO, AL MOMENTO NO ENCUENTROS EDEMA, NO CAMBIOS DE COLORACION, NO SINGOS DE INESTABILIDAD, NI FRACTURA NI LUXACIONES, AMAS ACTIVOS COMPLETOS, DOLOR AL APOYO, INDICO MANEJO FARMACOLOGICO. DOY IT POR 3 DIAS, REINTEGRO LABORAL CON RECOMENDACIONES POR 10 DIAS (SE ENTREGAN A PACIENTE QUIEN DEBE LLEVAR A AREA DE SALUD OCUPACIONAL DE SU EMPRESA PARA CUMPLIMIENTO). SE SOLICITAN 7 SESIONES DE TERAPIA FISICA, LLAMANDO A LA LINEA 018000511414 O 3808938 OPCION 2 CON REPORTE DE TERAPIA FISICA. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES: COMPRESAS DE AGUA TIBIA CON SULFATO DE MAGNESIO O CALENDULA. NO ESFUERZOS FISICOS, NO EJERCICIOS DE ALTO IMPACTO (CORRER, TROTAR, SALTAR), PLAN CASERO DE EJERCICIOS DIARIO.

REINTEGRO LABORAL CON RECOMENDACIONES POR 10 DIAS:

¿ Durante el tiempo de recomendaciones se sugiere asignar al trabajador tareas con nivel de esfuerzo liviano, si requiere manipulación de cargas estas deben ser progresivas hasta 5KG

¿ Permitir desplazamientos por terreno regular de forma natural, según la fatiga que reporte el trabajador, evitando correr, trepar, subir/bajar escaleras o saltar, evitando caminatas prolongadas (más de 20 minutos continuos).

¿ Restringir actividades en alturas y que impliquen asumir posturas forzadas de rodilla o tobillo como posición arrodillada y de cudiillas de forma prolongada.

¿ En general al realizar patrón de marcha seguir las pautas mínimas como observar el espacio a pisar y colocar el pie de forma completa y segura en la superficie, caminar a un ritmo natural.

¿ Fomentan el uso de zapato cómodo: cerrado y sin tacones.

¿ Promover inicio y seguimiento de programa de acondicionamiento físico para mantener cualidades físicas con actividades como caminar, nadar y realización de plan casero con control de peso corporal.

¿ Considerando el tiempo que estuvo por fuera de la empresa, se sugiere al ingreso del trabajador realizar procesos de re inducción en seguridad industrial y reentrenamiento en el puesto de trabajo.

¿ Durante el tiempo de las recomendaciones es importante que la empresa realice un seguimiento cercano del trabajador para conocer su adaptación laboral y lo informe a la ARL.

¿ Al término de las recomendaciones debe gestionar cita de control con el fin de evaluar la evolución y definir si requiere o no prórroga de recomendaciones.

Información del profesional

ANGIE ESTEFANIA GIL BOLAÑOS

CC 1085311400

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 1085311400

LUZ MERY HOYOS MEJIA

F.Nacimiento : 1991-01-31

CC-1144150035

Dirección : CRA. 50 NO. 55-56

Móvil : No Tiene

E. mail :

FUNDALIVIO S.A.S. CONSULTORIO

Fecha Evolución : 20-05-2021 10:33:03 Entidad : ARL SURA

Edad : 30 Año(s) - 3

Mes(es)

Género : femenino

Teléfono : 3174122243

FUNDALIVIO

SOCIEDAD ANÓNIMA DE CAPITAL ABIERTO
CALLE 19NTE No 5N-35 CONSULTORIO: 706-707-801

FUNDALIVIO S.A.S

805019927-6

CALLE 19NTE No 5N-35 CONSULTORIO: 706-

707-801

6607742 -

Fecha Impresión: 2021-05-20- 10:47:50 AM

Usuario: MPAZ

Evolución Código: 281775

Nombre: LUZ MERY HOYOS MEJIA

Nombre Responsable : MARIA DEL PILAR MEJIA

Punto Atención : CONSULTA EXTERNA

Línea Producto : CONSULTA DE FISIATRIA(2173)

Identificación: CC-1144150035

Dirección : No Diligenciado

No Documento : SF1-106987

Estado : ABIERTO

Teléfono : 3176908702

Código Prestador : 760010223901

Sede : NORTE

DESCRIPCIÓN EVOLUCIÓN

1RA CONSULTA POR FISIATRIA DE FUNDALIVIO

TENIENDO EN CUENTA LA CONTINGENCIA POR PANDEMIA DE COVID 19 SE INTERROGA AL PACIENTE AFIRMANDO AUSENCIA DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS, NEGANDO IGUALMENTE ALGÚN TIPO DE SÍNTOMA FEBRIL O DE MALESTAR GENERAL O CONTACTOS CON PERSONAS SOSPECHOSAS O CONFIRMADAS COVID19 POSITIVAS, EL PACIENTE SE PRESENTA AL CONSULTORIO CON TAPABOCAS Y SE ATIENDE SIGUIENDO TODO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

ARL: SURA P: CALI D: DIESTRA E: CONTADURIA PUBLICA OCUPACION: ANALISTA CONTABLE FINANCIERO / COMFANDI, ACCIDENTE LABORAL: 8/ JUN/2019 // TRAUMA TORCIONAL DE TOBILLO DERECHO
MANEJO CONSERVADOR REPOSO MAS INMOVILIZACION POR 8 DIAS MAS REHABILITACION T FISICA 7 SES, T OCUPACIONAL NO ORDENADA

FUE VALORADA POR CLINICA DEL DOLOR FUNDALIVIO EL 18.02.2020, SE HIZO DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO: 1- DOLOR CRONICO INESPECIFICO EN TOBILLO DERECHO

2- TRAUMA TORCIONAL DE TOBILLO X HC

EN LA JUNTA SE LE ORDENO MANEJO MES DE DOLOR CON TERAPIA NEURAL Y ACUPUNTURA CON MEJORIA TEMPORAL. POR PERSISTENCIA DE DOLOR LA VIO MED DE SEGUIMIENTO SURA HACE MES Y MEDIO POR TELECONSULTA, LE MANDARON 10 SES MAS DE T FISICA QUE LA PACIENTE NOTA QUE LE AYUDARON, SOLICITO MAS TERAPIAS Y LA REMITIERON A FISIATRIA

PARACLINICOS: - RMN DE TOBILLO DERECHO (4/ENE/2020): NORMAL

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: HIPERSENSIBILIDAD ESOFAGICA EN MANEJO POR EPS, ALÉRGICOS NEGATIVOS
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS NEGATIVOS

EX FISICO: NO CAMBIOS VASOMOTORES NI SUDOMOTORES NI ALODINIA PARA CONSIDERAR SDRC, NO SINOVITIS, AMAS DE TOBILLO COMPLETOS, SUBTALAR LIBRE, DOLOR A LA PALPACION DE LIGAMENTO FIBULO TALAR ANTERIOR

DX ESGUINCE MALEOLO LATERAL DERECHO

CX T ACUATICA 12 SES
T OCUPACIONAL 8 SES
AINE TOPICO
CITA POR FISIATRIA EN UN MES

DIAGNOSTICO CIE10

Dx Principal: (S934) ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO

Dx Relacionado 1: Sin seleccionar Diagnostico

Dx Relacionado 2: Sin seleccionar Diagnostico

Tipo Diagnostico: Diagnostico Repetido

Finalidad Consulta: No aplica

Causa Consulta: Accidente de trabajo

MARIA MERCEDES PAZ GONZALEZ - 22959
FISIATRIA
Se Firma Electrónicamente

Maria Mercedes Paz G.
MÉDICA FISIATRA
T.P. 2295/92

| | | | |
|------------------|-------------------------|-------------------------|-----------|
| Profesional | Francys Yulieth Caicedo | Tarjeta profesional | 4986 |
| Fecha inicio | 2021-05-24 11:37:AM | Fecha fin | - |
| Autorización | 17057967 | No. sesiones a la fecha | 5 / 8 |
| Fecha de emisión | 2021-06-04 | No. sesiones impresas | 1,2,3,4,5 |

Datos personales

| | | | |
|---------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------|
| Nombre | Luz Mery Hoyos Mejia | Número de identificación | 1144150035 |
| Fecha de nacimiento | 1991-01-31 | Edad | 30 |
| Género | Femenino | Grupo sanguíneo | O+ |
| Dirección | CRA 50 # 55 56 / VEGAS DE COMFANDI | Municipio | Santiago de Cali |
| Barrio | | Departamento | Valle del Cauca |
| Teléfono | 317 4122243 | Teléfono móvil | |
| Estado civil | Soltero | Nivel de escolaridad | Universitario |

Datos de ingreso

| | |
|-----------------------------|---|
| Fecha de ingreso | 2021-05-24 11:37:12 |
| Entidad que emite | SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A |
| Código autorización | 17057967 |
| Empresa contratante | COMFANDI |
| Descripción de la actividad | ACTUALMENTE NO SE ENCUENTRA LABORANDO, TRABAJA COMO ANALISTA FINANCIERA EN COMFANDI CAJA DE COMPENSACION REALIZANDO LABORES DE OFICINA CON TURNOS DE 8 HORAS NTIGUEDAD EN EL CARGO 5 AÑOS Y MEDIO |
| Cargo | Analista Contable y Financiera |
| Tiempo en ese cargo | 5 AÑOS |
| Patología | ESGUINCE TOBILLO DERECHO |
| Causa | Accidente |
| Incapacidad | No |

Evaluación inicial

Evaluación

USUARIO DE 30 AÑOS DE EDAD, DE DOMINANCIA DIESTRA ACTUALMENTE NO SE ENCUENTRA LABORANDO, TRABAJA COMO ANALISTA FINANCIERA EN COMFANDI CAJA DE COMPENSACION REALIZANDO LABORES DE OFICINA CON TURNOS DE 8 HORAS NTIGUEDAD EN EL CARGO 5 AÑOS Y MEDIO . ACTUALMENTE NO SE ENCUENTRA LABORANDO. REFIERE DOLOR REFCUENTE TIPO NOCICEPTIVO EN TOBILLO DERECHO- LADO DOMINANTE, NIEGA HEMATOMA, REFIERE EDEMA EN MALEOLO LATERAL DERECHO, LOGRA MOVILIDAD DE TOBILLO Y DEDOS DE FORMA FUNCIONAL CON DOLOR MODERADO. REFIERE INESTABILIDAD OCASIONAL, NIEGA PARESTESIAS. LOGRA MARCHA INDEPENDIENTE SIN AYUDA EXTERNA. LOGRA ASCENSO Y DESCENSO DE ESCALERAS CON RITMO LENTO Y PRESENCIA DE DOLOR, CON MAYOR DIFICULTAD EN EL DESCENSO. REALIZO 10 SESIONES DE FISIOTERAPIA. PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PATRONES GLOBALES DE MOVIMIENTO ES FUNCIONAL, LOGRA AGACHADO, ACUCILLADO, ARRODILLADO, LOGRA MARCHA EN PUNTAS Y EN TALONES, CON RESPUESTAS DE DOLOR MODERADO , COMPENSACIÓN, MOVIMIENTOS INCOMPLETOS Y APOYO EXTERNO OCASIONAL. PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, ES INDEPENDIENTE Y FUNCIONAL, SIN EMBARGO REALIZA COMPENSACIONES PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES COMO DUCHARSE O COCINAR . POR LO TANTO SE SOLICITA INICIAR CICLO DE 8 SESIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL REMITIDAS POR DRA. MARIA MERCEDES PAZ ENCAMINADAS A FAVORECER EMPODERAMIENTO DE RECOMENDACIONES Y PLAN CASERO. SE PLANTEAN OBJETIVOS DE TRATAMIENTO Y SE MUESTRA ESTAR DE ACUERDO. FINALIZA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD.

EVOLUCION DIARIA

Hora

Profesional

Evolución

07:30 AM

Francys Yulieth Caicedo

USUARIO QUE ASISTE AL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL, INGRESA SIN NINGÚN TIPO DE AYUDA, INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, CON LAVADO DE MANOS, TAPABOCAS, DONDE SE LLEVA A CABO SESIÓN PARA FOMENTAR EL MANTENIMIENTO DE HABILIDADES Y DESTREZAS. SE PLANTEA ACTIVIDAD PROPOSITIVA FAVORECIENDO REENTRENAMIENTO EN MARCHA, REALIZA ALTERNANCIAS A SEDENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PATRONES GLOBALES DE MOVIMIENTO SE TRABAJAN ACTIVIDADES DONDE, LOGRA MARCHA EN PUNTAS Y EN TALONES LATERAL Y DIAGONAL, REALIZA ACTIVIDADES DE FLEXION Y EXTENSION DE PIE DONDE REFIERE DOLOR 5/10, EN EL MALEOLO LATERAL DERECHO CON IRRADIACION HACIA LA RODILLA, POR LO CUAL REQUIERE DE HACER PAUSAS CORTAS, FINALIZA ACTIVIDADES CON EXITO Y SE RETIRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD

2021-05-28

07:30 AM

Francys Yulieth Caicedo

USUARIO QUE ASISTE AL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL, INGRESA SIN NINGÚN TIPO DE AYUDA, INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, CON LAVADO DE MANOS, TAPABOCAS, DONDE SE LLEVA A CABO SESIÓN PARA FOMENTAR EL MANTENIMIENTO DE HABILIDADES Y DESTREZAS. SE PLANTEA ACTIVIDAD PROPOSITIVA FAVORECIENDO REENTRENAMIENTO EN MARCHA, REALIZA ALTERNANCIAS A SEDENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PATRONES GLOBALES DE MOVIMIENTO SE TRABAJAN ACTIVIDADES DONDE, LOGRA MARCHA EN PUNTAS Y EN TALONES LATERAL Y DIAGONAL, REALIZA ACTIVIDADES DE FLEXION Y EXTENSION DE PIE DONDE REFIERE DOLOR 5/10, EN EL MALEOLO LATERAL DERECHO CON IRRADIACION HACIA LA RODILLA, POR LO CUAL REQUIERE DE HACER PAUSAS CORTAS, FINALIZA ACTIVIDADES CON EXITO Y SE RETIRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD

2021-06-04

07:25 AM

Francys Yulieth Caicedo

USUARIO QUE ASISTE AL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL, INGRESA SIN NINGÚN TIPO DE AYUDA, INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, CON LAVADO DE MANOS, TAPABOCAS, DONDE SE LLEVA A CABO SESIÓN PARA FOMENTAR EL MANTENIMIENTO DE HABILIDADES Y DESTREZAS. SE PLANTEA ACTIVIDAD PROPOSITIVA FAVORECIENDO REENTRENAMIENTO EN MARCHA DONDE SE LLEVA A CABO SESIÓN PARA FOMENTAR FUNCIONALIDAD DE PATRONES INTEGRALES DE MOVIMIENTO Y MANTENER HABILIDADES Y DESTREZAS RESIDUALES. CON PRESENCIA DE DOLOR 7/10, LO CUAL LE HACE TOMAR PAUSAS CORTAS. SE REALIZAN ACTIVIDADES EN BIPEDO DONDE HACE DIFERENTES TIPOS DE CAMINATA COMO: PUNTA DE PIES, LATERAL, DIAGONAL, TALONES ENTRE OTRAS, LOGRA FINALIZAR CON ÉXITO CUMPLIENDO LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS. SE DAN RECOMENDACIONES Y SE REALIZA PAUSAS ACTIVAS, SE RETIRA ESTABLE.

2021-06-04

07:25 AM

Francys Yulieth Caicedo

USUARIO QUE ASISTE AL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL, INGRESA SIN NINGÚN TIPO DE AYUDA, INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, CON LAVADO DE MANOS, TAPABOCAS, DONDE SE LLEVA A CABO SESIÓN PARA FOMENTAR EL MANTENIMIENTO DE HABILIDADES Y DESTREZAS. SE PLANTEA ACTIVIDAD PROPOSITIVA FAVORECIENDO REENTRENAMIENTO EN MARCHA DONDE SE LLEVA A CABO SESIÓN PARA FOMENTAR FUNCIONALIDAD DE PATRONES INTEGRALES DE MOVIMIENTO Y MANTENER HABILIDADES Y DESTREZAS RESIDUALES. CON PRESENCIA DE DOLOR 7/10, LO CUAL LE HACE TOMAR PAUSAS CORTAS. SE REALIZAN ACTIVIDADES EN BIPEDO DONDE HACE DIFERENTES TIPOS DE CAMINATA COMO: PUNTA DE PIES, LATERAL, DIAGONAL, TALONES ENTRE OTRAS, LOGRA FINALIZAR CON ÉXITO CUMPLIENDO LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS. SE DAN RECOMENDACIONES Y SE REALIZA PAUSAS ACTIVAS, SE RETIRA ESTABLE.

Yulieth Caicedo f.

HISTORIA CLINICA (HOJA DE EVOLUCION)

Usuario : LUZ MERY HOYOS MEJIA
Ocupación :
Afilación : COTIZANTE
Teléfono(1):
Teléfono(2): 3174122
Servicio : REVISION MEDICO GENERAL
IPS Atiende : CENTRO ESPECIALISTAS ARP

Identificación: CC 1144150035
Sexo : Femenino Edad : 30 Años
Plan : ARL

Orden : 81009-34415600
Fecha : 2021/03/23 14:05

Responsable : No diligenciado
Acompañante : No diligenciado

Teléfono: No diligenciado
Teléfono: No diligenciado

Consentimiento Informado: NO

Motivo que origina la consulta: ACCIDENTE DE TRABAJO

MC: teleconsulta, Refiere que se encuentra incapacitada por epé. Refiere dolor en tobillo derecho. Marcha independiente. Refiere que no tolera todos los tipo de calzado. Se ordena terapia física y medicación. EA:

EXAMEN URGENCIAS : no refiere

SIGNOS VITALES: DESCRIPCION: teleconsulta. Refiere dolor en tobillo derecho. Marcha independiente. Refiere que no tolera todos los tipo de calzado PESO: 50.0Kgs TALLA: 165.0 cms P.Sentado: 120/70. RESPIRACION: 15 /min PULSO: 80/min Ritmico EXAMEN URGENCIAS : no refiere

Dx: S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO. Impresión diagnóstica

Profesional : JAIME ENRIQUE ACOSTA VELEZ

CC 91444749

Registro : 91444749

Imprime : JAIMACVE

Fecha : 2021/03/23

IPS : CENTRO ESPECIALISTAS ARP

1500354749F210323114419144



MED QUIRURGICA

Historia Clínica - CONSULTA ARTROSCOPIA MODULO
ORTOPEDIA
LUZ MERY HOYOS MEJIA
CC: 1144150035
Edad actual 30 años

Fecha de la atención: 2021-03-26 14:20:17
Tipo de atención: CONSULTA CONTROL - ORTOPIEDIA
Profesional: Germán Orrego Aristizabal (TP: 18991/84) - Médico - Cirujano
Plan de atención: EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA (PAC) - PAC

Anamnesis

Motivo de la atención:
CONTROL

Enfermedad actual

LA PACIENTE HA INTENTADO MEJORIA CON TERAPIA PERO HASTA AHORA NO LA HA LOGRADO Y EL TOBILLO CONTRALATERAL HA EMPEZADO A DOLER PORQUE LE HA HECHO MAS ESFUERZO. ME TRAE LAS IMAGENES QUE LE SOLICITE

Examen físico

Signos vitales

Valores Antropométricos

Nombre

(Actual) 2021-03-26 14:20:17

Peso

Talla

IMC

Perímetro abdominal

Diagnósticos

Pral. Tipo

Diagnóstico / Observaciones

Impresión diagnóstica

[S934] ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO

Análisis:

DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS CLINICOS NO VEO LA NECESIDAD DE HACER TTO INTERVENCIONISTA EN ESTA PACIENTE, CONSIDERO QUE TIENE BUENA POSIBILIDAD DE MEJORARSE SIN CIRUGIAS RECOMIENDO MANEJO FISIOTERAPEUTICO INSISTIR CON EL LE FORMULO ANTIINFLAMATORIOS

Plan de tratamiento:

SS 15 SESIONES DE TERAPIA FISICA
DX: ESGUINCE Y TORCEDURA DE TOBILLO

SE FORMULA

CELECOXIB 200MG 1 TAB AL DIA POR 7 DIAS
DICLOFENACO GEL APLICAR 2 VECES AL DIA EN ZONA DE DOLOR

Órdenes médicas

Órdenes de servicios

| Dominio | Código | Cantidad | Servicio |
|--------------------------------------|--------|----------|---|
| Desempeño Funcional y Rehabilitación | 931001 | 15 | TERAPIA FISICA INTEGRAL <u>Observación:</u> SS 15 SESIONES DE TERAPIA FISICA |

Otros apoyos diagnósticos

Nombre Observación

Evolución

Evolución

LA PACIENTE HA INTENTADO MEJORIA CON TERAPIA PERO HASTA AHORA NO LA HA LOGRADO Y EL TOBILLO CONTRALATERAL HA EMPEZADO A DOLER PORQUE LE HA HECHO MAS ESFUERZO. ME TRAE LAS IMAGENES QUE LE SOLICITE

Finalidad de la atención

Causa externa: Enfermedad general
Finalidad de la consulta: No aplica

Medicos Auxiliares

GERMAN ORREGO ARISTIZABAL

Germán Orrego A.
Ortopedia y Traumatología
C.C.: 16.534.689 - RM: 11302/83

Dr. Germán Orrego A.
Ortopedia y Traumatología
C.C.: 16.534.689 R.M. 11302/83

Germán Orrego Aristizabal
Especialidad
Registro Médico

Cirujano
18991/84

Fecha de impresión 2021-03-26 14:45:35



Medicina Especializada en Dolor

Paciente: LUZ MERY HOYOS MEJIA

Servicios

931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL

Observacion: SS 15 SESIONES DE TERAPIA FISICA

ORDEN MÉDICA

Doc: CC. 1144150035

Edad: 30

Fecha: 26/03/2021

Cantidad 15

D. Germán Orrego A.
Ortopedia y Traumatología
C.C. 15150000000000000000

Germán Orrego A.
Ortopedia y Traumatología
C.C. 16.534.689 - RM: 11302/R

Fundación Valle del Lili
NIT. 8903241775
Tels 032 3319090 032
3316728
fvilefundacion.com
Carrera 98 No. 18 - 49
CALI - VALLE DEL CAUCA

FISIOTERAPIA



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Nombres y apellidos

LUZ MERY HOYOS MEJIA

Tipo Identificación

CC

Teléfono

3174122243 31377

Médico tratante

ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

Número de identificación

1144150035

Fecha

12.11.2020

Especialidad

FISIOTERAPIA

Sexo

F

Hora

14:31:13

Aseguradora

EPS SURA EVENTO RC

Edad

29 Años

Habitación

Número de Episodio

7628895

Cama

DATOS GENERALES

Ocupación: CONTADORA

Finalidad del procedimiento: Terapéutico

Observaciones generales:

Usuario(a) de 29 años de edad, sexo femenino. Residente de la ciudad de Cali. Dominancia derecha. Asiste para iniciar 20 sesiones de fisioterapia, con diagnóstico médico de desacondicionamiento físico de evolución crónica hace 1 año.

Expectativa del paciente frente al tratamiento de fisioterapia:

"acondicionarme físicamente"

Antecedentes:

Patológicos: disfagia septiembre de 2019, gastritis

Quirúrgicos: rinoplastia

Familiares: hipertensión (padre)

Alérgicos: metilprednisolona

Tóxicos: ninguno

Anticuagulado: ninguno

Medicamentos: delnazoprazol, enterogermina

Riesgo a caída: Si - riesgo alto debilidad muscular: Se activa aviso de riesgo en caída en el cubículo donde estará ubicada la paciente; se explica que debe solicitar ayuda al ingresar a camilla, al bajar y subir de camilla; se supervisa el tiempo en camilla, al momento de dirigirse al gimnasio y desplazamiento por el servicio; se educa sobre el riesgo de caída, se recomienda utilizar el timbre si necesita ayuda.

RECOMENDACIONES

- Recuerde solicitar ayuda para subir y bajar de la camilla
- Si utiliza bastón, muletas o caminador, ubíquelas a su alcance
- Consulte a su fisioterapeuta si usted necesita acompañante

Actualmente informa dolor de frecuencia intermitente en tobillo derecho y se exagera al movimiento de intensidad moderado, según escala an de dolor (EVA). Se observa que ingresa en buen estado general, deambulando por sus propios medios no Edema, no inflamación. Arcos de movilidad articular completos pasiva y activamente. Fuerza muscular disminuida.

Diagnóstico fisioterapéutico: usuario(a) en situación de discapacidad temporal debido a deficiencia en sistema osteomuscular debido a deficiencia en sistema osteomuscular que limita severamente, sus actividades básicas de la vida diaria (alimentación transiciones, desplazamiento) y restringe severamente su participación social, laboral y de ocio relacionadas con el movimiento.

Objetivos de intervención dirigidos a modular de dolor, mantener movilidad articular y mejorar fuerza muscular. Mejorar patrón de marcha. Mejorar propiocepción y equilibrio. Educar en higiene postural. Educar en ejercicios y estiramientos para manejo en casa.

Nota: Se explican los riesgos de la aplicación de las modalidades físicas, las consecuencias de la no aceptación a recibir el tratamiento, los o de tratamiento y fases del mismo, las normas administrativas del servicio, los deberes y derechos de los pacientes.

Nombre del Paciente: LUZ MERY HOYOS Fecha: 09.06.2021 Hora: 15:46:38

Número de historia: 1263386 - Impreso por: YAROMERO

Se firma, entrega, explica, e indica al usuario el consentimiento informado. El usuario lee, entiende, y firma el consentimiento, aceptando la realización del tratamiento, refiriendo entender todo lo explicado anteriormente y que no existen antecedentes importantes que impidan la aplicación de modalidades físicas o la realización de ejercicio terapéutico.

Se informa sobre los derechos y deberes de los pacientes, se le lee, explican refiere entender, firma el consentimiento informado y el consentimiento informado para COVID-19.

Se presta la atención terapéutica al paciente porque es necesario e imperativo realizarla para evitar el deterioro de la función y avance del estado patológico del paciente
Se le explica al paciente los riesgos que asume al asistir de forma presencial en esta emergencia sanitaria, además es necesario iniciar la intervención fisioterapéutica por su diagnóstico y evolución.

EVALUACIÓN FISIOTERAPEUTA

| | | | |
|--|--|--|--|
| Fecha inicio intervención: 12.11.2020 | | Fecha final intervención: 19.01.2021 | |
| Sensibilidad Superficial: | | conservada | |
| Sensibilidad Profunda: | | conservada | |
| Fuerza muscular: | | AMAS: | |
| Por medio del screening muscular presenta fuerza de 3+/5. Miembros superiores, pared abdominal 3/5. Y miembros inferiores 3+/5 | | Por medio del screening articular se encuentra que presenta movilidad completa sin alteraciones de ninguna articulación VMA: 0060002267 | |
| Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES | | VMA: 0060002267 | |
| Valido como firma electrónica | | | |
| Fuerza muscular: | | AMAS: | |
| Por medio del screening muscular presenta fuerza de 3/5. Miembros superiores, pared abdominal 2/5. Y miembros inferiores 3/5 | | Por medio del screening articular se encuentra que presenta movilidad completa sin alteraciones de ninguna articulación VMA: 0060002267 | |
| Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES | | VMA: 0060002267 | |
| Valido como firma electrónica | | | |
| Fuerza muscular: | | AMAS: | |
| Por medio del screening muscular presenta fuerza de 3/5. Miembros superiores, pared abdominal 2/5. Y miembros inferiores 3/5 | | Por medio del screening articular se encuentra que presenta movilidad completa sin alteraciones de ninguna articulación VMA: 0060002267 | |
| Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES | | VMA: 0060002267 | |
| Valido como firma electrónica | | | |
| Fuerza muscular: | | AMAS: | |
| Por medio del screening muscular presenta fuerza de 2+/5. Miembros superiores, pared abdominal 2/5. Y miembros inferiores 3/5 | | Por medio del screening articular se encuentra que presenta movilidad completa sin alteraciones de ninguna articulación VMA: 0060002267 | |
| Responsable: POMAR HERRERA, GUSTAVO ADOLFO | | VMA: 0060002267 | |
| Valido como firma electrónica | | | |

DOLOR

| | | | |
|----------------------------|--|--|--|
| Tipo: | | Frecuencia: | |
| NOCICEPTIVO | | INTERMITENTE - ESFUERZO | |
| Duración: | | Ubicación del dolor: | |
| CRONICO | | TOBILLO DERECHO | |
| Fecha registro: 19.01.2021 | | Hora registro: 14:37:38 | |
| | | Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES | |
| | | Escala dolor | |
| | | 4 | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--------------------------------------|--|
| Tipo: NOCICEPTIVO | | Frecuencia: INTERMITENTE | | Escala dolor: 5 | |
| Duración: CRONICO | | Ubicación del dolor: TOBILLO DERECHO | | | |
| Fecha registro: 07.01.2021 Hora registro: 14:37:38 Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES | | | | | |
| Tipo: NOCICEPTIVO | | Frecuencia: INTERMITENTE | | Escala dolor: 5 | |
| Duración: CRONICO | | Ubicación del dolor: TOBILLO DERECHO | | | |
| Fecha registro: 22.12.2020 Hora registro: 14:37:38 Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES | | | | | |
| Tipo: NOCICEPTIVO | | Frecuencia: INTERMITENTE | | Escala dolor: 5 | |
| Duración: CRONICO | | Ubicación del dolor: TOBILLO DERECHO | | | |
| Fecha registro: 10.12.2020 Hora registro: 14:37:38 Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES | | | | | |
| Tipo: NOCICEPTIVO | | Frecuencia: INTERMITENTE | | Escala dolor: 5 | |
| Duración: CRONICO | | Ubicación del dolor: TOBILLO DERECHO | | | |
| Fecha registro: 12.11.2020 Hora registro: 14:37:38 Responsable: POMAR HERRERA, GUSTAVO ADOLFO | | | | | |
| OBJETIVOS DE TRATAMIENTO | | | | | |
| x Manejo del dolor | | x Reeducar en sus ABC y AVD | | | |
| Evitar efectos sistémicos de una inmovilización prolongada | | x Educar al paciente y familia en su manejo | | | |
| Evitar retracciones musculares | | x Estirar musculatura comprometida | | | |
| x Mantener en buena movilidad articular global | | x Restaurar propiocepción y equilibrio | | | |
| x Disminuir la debilidad y la atrofia muscular | | x Reeducar patrón de marcha | | | |
| Evitar trombosis venosa y tromboembolismo | | Facilitar patrones de movimiento normales | | | |
| Prevenir estreñimiento | | Atenuar patrones anormales | | | |
| Prevenir / Disminuir la espasticidad | | Desarrollo motor según edad | | | |
| Evitar úlceras de decúbito | | Desarrollo de reacciones motrices | | | |
| Prevenir discapacidades | | x Reacondicionamiento físico | | | |
| Favorecer patrones de desarrollos Ps | | Desarrollar automejora | | | |
| Realización estimulación multisectorial | | Otros | | | |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES | | | | | |
| Comentarios y observaciones | | | | | |
| Fecha Registro: 19.01.2021 | | Hora Registro: 15:16:53 | | Porcentaje objetivos propuestos: 90% | |
| Usaría quien finaliza proceso de rehabilitación, realizo 20 sesiones de fisioterapia de las 20 ordenadas, se logro mejorar la función articular y educar sobre el manejo de la patología, además de educar sobre instaurar plan de ejercicios en casa. | | | | | |
| Nombre del Paciente: LUZ MERY HOYOS Fecha: 09.06.2021 Hora: 15:46:38 | | | | | |
| Número de historia: 1263386 - Impreso por: YANOMERO | | | | | |

*se evidencia mejoría de desempeño muscular, tónus muscular y fuerza muscular en general; Mejoro valores de perímetros, fuerza endinamometría, test de sentarse pararse.

*Usaria quien asistido de manera intermitente por exámenes y controles médicos - con cambios de horarios y terapeuta.

*persiste dolor a nivel de tobillo se recomienda control con médico tratante para conducta a seguir.

Durante la intervención fisioterapéutica:

Para mantener movilidad articular:

- Activos libres
- Ejercicios con diagonales escapulares
- Estiramientos musculares de isquiotibiales, cuádriceps, aductores de cadera, musculatura deltopectoral, interescapular, trapecio superior.

Para fortalecimiento muscular:

- Fortalecimiento isométrico e isotónico con pelota amarilla terapéutica, pesa tobillera de 2 y 3 libras de miembros inferiores: cuádriceps, isquiotibiales, aductores/abductores de cadera, rotadores internos/externos de cadera, glúteo medio, máximo, gastrocnemios.
- de miembros superiores con theratubo verde, pesa mancuerna de 1 y 2 libras: bíceps, tríceps, deltoides anterior, medio, posterior, musculatura interescapular - romboides, serrato anterior, pectoral
- Activos resistidos progresivos, ejercicios de cadena cinética abierta/cerrada
- Fortalecimiento de zona CORE.

-Ejercicios para mejorar equilibrio y propiocepción

-Se realizó trabajo aeróbico con el fin de mejorar condición física en bicicleta estática, elíptica.

-Se educó en plan de ejercicios y estiramientos para manejo en casa.

Se sugiere continuar con el proceso de rehabilitación y consulta con médico tratante para determinar conducta a seguir.

Se logra un 90% de los objetivos propuestos.

EVALUACION FINAL:

Se procede a realizar toma de medidas antropométricas:

Peso: 50.2

Talla: 1.65

Índice de Masa Corporal: 18.37 se encuentra en delgadez

-Perímetros (cm)

Brazo relajado: 21 Brazo contraído: 22

Muslo: 47

Pantorrilla: 30

cintura: 70

cadera: 90

PLIEGUES (CM)

tríceps: 14 subescapular: 13 supra iliaco: 10 abdominal: 14

muslo anterior: 20

Diámetro radio cubital: 5 centímetros Diámetro Bi epicondilar femoral: 9 centímetros

TEST de Sentarse y pararse: 14 repeticiones

Dinamometría derecha: 15 KG

Dinamometría izquierda: 18 KG

*no se realiza test de caminata por dolor en tobillo.

Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

Comentarios y observaciones

Fecha Registro: 07.01.2021

Hora Registro: 16:17:25

Porcentaje objetivos propuestos: 70%

Usuaría quien cursa su sesión #15 de las 20 sesiones ordenadas, durante las sesiones realizadas se logró mejoría de la función articular y desempeño muscular, además de educó sobre instaurar plan de ejercicios en casa.

*Usuaría quien asistido de manera intermitente por exámenes y controles médicos - con cambios de horarios y terapeuta.

*persiste dolor a nivel de tobillo se recomienda control con médico tratante para conducta a seguir.

Durante la intervención fisioterapéutica:

Para mantener movilidad articular:

- Activos libres
- Ejercicios con diagonales escapulares
- Estiramientos musculares de isquiotibiales, cuádriceps, musculatura deltopectoral, interescapular

Para fortalecimiento muscular:

- Fortalecimiento isométrico e isotónico con pelota amarilla terapéutica, pesa tobillera de 2 libras de miembros inferiores: cuádriceps, isquiotibiales, aductores/abductores de cadera, rotadores internos/externos de cadera
- de miembros superiores con theratubo verde, pesa mancuerna de 1 libra: bíceps, tríceps, deltoides anterior, medio, posterior, musculatura interescapular - romboides
- Ejercicios de cadena cinética abierta/cerrada

-Se realizó trabajo aeróbico con el fin de mejorar condición física en bicicleta estática, elíptica

-Se educó en plan de ejercicios y estiramientos para manejo en casa.

Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

Comentarios y observaciones

Fecha Registro: 22.12.2020

Hora Registro: 16:17:25

Porcentaje objetivos propuestos: 50%

Usuaría quien cursa su sesión #10 de las 20 sesiones ordenadas, durante las sesiones realizadas se logró mejoría de la función articular y desempeño muscular, además de educó sobre instaurar plan de ejercicios en casa.

*Usuaría quien asistido de manera intermitente por exámenes y controles médicos - con cambios de horarios y terapeuta.

Durante la intervención fisioterapéutica:

Para mantener movilidad articular:

- Activos libres
- Ejercicios con diagonales escapulares
- Estiramientos musculares de isquiotibiales, cuádriceps, musculatura deltopectoral, interescapular

Para fortalecimiento muscular:

- Fortalecimiento isométrico e isotónico autocarga y pelota amarilla terapéutica de miembros inferiores: cuádriceps, isquiotibiales, aductores de cadera, de miembros superiores: bíceps, tríceps, deltoides anterior, medio, posterior
- fortalecimiento de miembros superiores: bíceps, tríceps, deltoides anterior, medio, posterior.
- Ejercicios de cadena cinética abierta/cerrada

-Se realizó trabajo aeróbico con el fin de mejorar condición física en bicicleta estática.

-Se educó en plan de ejercicios y estiramientos para manejo en casa.

Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

Comentarios y observaciones

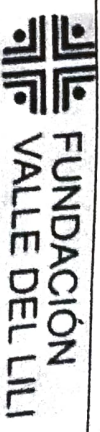
Fecha Registro: 10.12.2020

Hora Registro: 20:16:13

Porcentaje objetivos propuestos: 0%

Usuaría quien cursa su sesión #5 de las 20 sesiones ordenadas, durante las sesiones realizadas se logró mejoría de la función articular y desempeño muscular, además de educó sobre instaurar plan de ejercicios en casa.

FISIOTERAPIA



Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Fundación Valle del Lili
NIT: 8903241775
Tel: 032 3319090 032
3316728
fvlf@fundacion.com
Carrera 98 No. 18 - 49
CALI - VALLE DEL CAUCA

Nombres y apellidos

LUZ MERY HOYOS MEJIA

Médico tratante

ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

Especialidad

FISIOTERAPIA

Aseguradora

EPS SURA EVENTO RC

| Número de identificación | CC | Tipo identificación | Teléfono |
|--------------------------|---------|---------------------|------------------|
| 1144150035 | | | 3174122243 31377 |
| Sexo | F | | |
| Edad | 29 Años | | |
| Número de episodio | 7829649 | | |

DATOS GENERALES

Ocupación: CONTADORA

Finalidad del procedimiento: Terapéutico

Observaciones generales:

Usaria de 29 años de edad, sexo femenino. Residente de la ciudad de Cali. Dominancia derecha. Asiste para continuar con 20 sesiones de fisioterapia, con diagnóstico médico de desacomodionamiento físico de evolución crónica hace 1 año, en orden medica de psiquiatría: trastorno de ansiedad, marcha funcional. Refiere dolor en cara lateral de tobillo calificado 4/10 segun eva, que se exacerba al esfuerzo físico, marcha funcional, arcos de movilidad articular conservados en miembros superiores e inferiores.

Es de anotar que la paciente ya realizo terapia fisica en la unidad y con esta orden continua tratamiento fisioterapéutico.

Antecedentes:

Patológicos: disfgia septiembre de 2019, gastritis

Quirúrgicos: rinoplastia

Familiares: hipertension (padre)

Alérgicos: metilprednisolona

Tóxicos: ninguno

Anticuagulado: ninguno

Medicamentos: delnazoprazol, enterogermia

Habitos de salud/actividad física: no

Fuma: no

Expectativa del paciente frente al tratamiento de fisioterapia:

" acondicionarme físicamente "

Riesgo a caída: Si - riesgo alto debilidad muscular. Se activa aviso de riesgo en caída en el cubículo donde estará ubicada la paciente, se explica que debe solicitar ayuda al ingresar a camilla, al bajar y subir de camilla, se supervisa el tiempo en camilla, al momento de dirigirse al gimnasio y desplazamiento por el servicio, se educa sobre el riesgo de caída, se recomienda utilizar el timbre si necesita ayuda.

RECOMENDACIONES

- Recuerde solicitar ayuda para subir y bajar de la camilla
- Si utiliza baston, muletas o caminador, ubíquelas a su alcance
- Consulte a su fisioterapeuta si usted necesita acompañante

Diagnóstico fisioterapéutico: usaria en situación de discapacidad temporal debido a deficiencia en sistema osteomuscular debido a deficiencia sistema osteomuscular que limita severamente, sus actividades básicas de la vida diaria (alimentación transiciones, desplazamiento) y restringe severamente su participación social, laboral y de ocio relacionadas con el movimiento.

en orden anterior ya se habia informado sobre los derechos y deberes de los pacientes, y firmado el consentimiento informado de fisioterapia y covid

Se presta la atención terapéutica al paciente porque es necesario e imperativo realizarla para evitar el deterioro de la función y avance del esta patológico del paciente

Objetivos de intervención:

- Mantener movilidad articular
- Promover fuerza muscular, flexibilidad
- Mejorar propiocepción y equilibrio
- Educar en higiene postural
- Educar en ejercicios y estiramientos para manejo en casa.

EVALUACIÓN FISIOTERAPEUTA

Fecha inicio intervención: 25.01.2021

Fecha final intervención: 18.02.2021

Sensibilidad Superficial: conservada

Sensibilidad Profunda: conservada

Fuerza muscular: 3+

AMAS:

Por medio del screening muscular presenta fuerza de 3+/5. Miembros superiores, pared abdominal 3/5. Y miembros inferiores 3+/5

Por medio del screening articular se encuentra que presenta movilidad completa sin alteraciones de ninguna articulación

Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

VMA: 0060002267

Valido como firma electrónica

Fuerza muscular: 3+

AMAS:

Por medio del screening muscular presenta fuerza de 3+/5. Miembros superiores, pared abdominal 3/5. Y miembros inferiores 3+/5

Por medio del screening articular se encuentra que presenta movilidad completa sin alteraciones de ninguna articulación

Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

VMA: 0060002267

Valido como firma electrónica

Fuerza muscular: 3+

AMAS:

Por medio del screening muscular presenta fuerza de 3+/5. Miembros superiores, pared abdominal 3/5. Y miembros inferiores 3+/5

Por medio del screening articular se encuentra que presenta movilidad completa sin alteraciones de ninguna articulación

Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

VMA: 0060002267

Valido como firma electrónica

DOLOR

Tipo:
NOCICEPTIVO

Frecuencia:
INTERMITENTE- ESFUERZO

Duración:
CRONICO

Ubicación del dolor:
CARA LATERAL TOBILLO

Escala dolor:
4

Fecha registro: 18.02.2021

Hora registro: 13:17:58

Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

Tipo:
NOCICEPTIVO

Frecuencia:
INTERMITENTE- ESFUERZO

Duración:
CRONICO

Ubicación del dolor:
CARA LATERAL TOBILLO

Escala dolor:
4

Fecha registro: 05.02.2021

Hora registro: 13:43:53

Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

Tipo:
NOCICEPTIVO

Frecuencia:
INTERMITENTE- ESFUERZO

Duración:
CRONICO

Ubicación del dolor:
CARA LATERAL TOBILLO

Escala dolor:
4

Fecha registro: 25.01.2021

Hora registro: 13:43:53

Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Nombre del Paciente: LUZ MERY HOYOS Fecha: 09.06.2021 Hora: 15:45:34

Número de historia: 1263386 - Impreso por: YAROMERO

| | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Manejo del dolor | <input type="checkbox"/> | Reeducar en sus ABC y AVD |
| <input type="checkbox"/> | Evitar efectos sistémicos de una inmovilización prolongada | <input checked="" type="checkbox"/> | Educación al paciente y familia en su manejo |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Evitar retracciones musculares | <input checked="" type="checkbox"/> | Estirar musculatura comprometida |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Mantener en buena movilidad articular global | <input type="checkbox"/> | Restaurar propiocepción y equilibrio |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Disminuir la debilidad y la atrofia muscular | <input type="checkbox"/> | Reeducar patrón de marcha |
| <input type="checkbox"/> | Evitar trombosis venosa y tromboembolismo | <input type="checkbox"/> | Facilitar patrones de movimiento normales |
| <input type="checkbox"/> | Prevenir estreñimiento | <input type="checkbox"/> | Atenuar patrones anormales |
| <input type="checkbox"/> | Prevenir / Disminuir la espasticidad | <input type="checkbox"/> | Desarrollo motor según edad |
| <input type="checkbox"/> | Evitar úlceras de decúbito | <input type="checkbox"/> | Desarrollo de reacciones motrices |
| <input type="checkbox"/> | Prevenir discapacidades | <input type="checkbox"/> | Reacondicionamiento físico |
| <input type="checkbox"/> | Favorecer patrones de desarrollo Ps | <input type="checkbox"/> | Desarrollar automanejo |
| <input type="checkbox"/> | Realización estimulación multisectorial | <input type="checkbox"/> | Otros <input type="text"/> |

COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

Comentarios y observaciones

Fecha Registro: 18.02.2021

Hora Registro: 13:23:01

Porcentaje objetivos propuestos: 70%

USUARIA QUE NO REGRESA A TRATAMIENTO. SIN CANCELACION NI EXCUSA PREVIA, POR LO CUAL SIGUIENDO PARAMETROS ADMINISTRATIVOS SE PASA ORDEN A FACTURAR.

MOTIVO:

FACTURAR ORDEN
SE HABLA CON PACIENTE INFORMA QUE ESTA REALIZANDO UNAS TERAPIAS DE TOBILLO EN OTRA PARTE QUE NECESITA ESTA PARA AVANZAR CON LAS DEL FISIOTERAPEUTA YERSON CUANDO TERMINE ESTAS DEL TOBILLO RETOMA TRATAMIENTO EN FUNDACION.
SE FACTURA ORDEN.

Realizo 7 sesiones de fisioterapia de las 20 ordenadas.

*Usuaría quien asistido de manera intermitente por exámenes y controles médicos.

*usuaria quien refiere que dolor persiste a nivel de tobillo, por lo cual se recomienda consulta con médico tratante para conducta a seguir.

Durante la intervención fisioterapéutica:

Para mantener movilidad articular:

- Activos libres
- Ejercicios con diagonales escapulares
- Estiramientos musculares de isquiotibiales, cuádriceps, musculatura deltopectoral, interescapular

Para fortalecimiento muscular:

- Fortalecimiento isométrico e isotónico con pesa de 1 Y 2 libra y pelota amarilla terapéutica de miembros inferiores: cuádriceps, isquiotibiales, aductores de cadera, abductores, glúteo medio.

- fortalecimiento de miembros superiores: bíceps, tríceps, deltoides anterior, medio, posterior.
- Ejercicios de cadena cinética abierta/cerrada

-Se realizó trabajo aeróbico con el fin de mejorar condición física en bicicleta estática.

-Se realizó trabajo aeróbico con el fin de mejorar condición física en bicicleta estática.

-Se educó en plan de ejercicios y estiramientos para manejo en casa.

Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

Comentarios y observaciones

Fecha Registro: 05.02.2021

Hora Registro: 14:33:44

Porcentaje objetivos propuestos: 20%

Usuaría quien cursa su sesión #5 de las 20 sesiones ordenadas, durante las sesiones realizadas se logró mejoría de la función articular y desempeño muscular, además de educó sobre instaurar plan de ejercicios en casa.

*Usuaría quien asistido de manera intermitente por exámenes y controles médicos - con cambios de horarios y terapeuta.

*usuaría quien refiere que dolor persiste a nivel de tobillo, por lo cual se recomienda consulta con medico tratante para conducta a seguir.

Durante la intervención fisioterapéutica:

Para mantener movilidad articular:

-Activos libres

-Ejercicios con diagonales escapulares

-Estiramientos musculares de isquiotibiales, cuádriceps, musculatura deltopectoral, interescapular

Para fortalecimiento muscular:

-Fortalecimiento isométrico e isotónico con pesa de 1 libra y pelota amarilla terapéutica de miembros inferiores: cuádriceps, isquiotibiales, aductores de cadera, abductores.

-fortalecimiento de miembros superiores: bíceps, tríceps, deltoides anterior, medio, posterior.

-Ejercicios de cadena cinética abierta/cerrada

-Se realizó trabajo aeróbico con el fin de mejorar condición física en bicicleta estática.

-Se educó en plan de ejercicios y estiramientos para manejo en casa.

Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

Comentarios y observaciones

Fecha Registro: 25.01.2021

Hora Registro: 13:44:27

Porcentaje objetivos propuestos: 0%

Es de anotar que la paciente ya realizó terapia física en la unidad y con esta orden continua tratamiento fisioterapéutico.

Se inicia fisioterapia con evaluación de la movilidad articular general y fuerza muscular: Por medio del screening articular se encuentra que presenta movilidad completa sin alteraciones de ninguna articulación

Por medio del screening muscular presenta fuerza de 3+/5. Miembros superiores, pared abdominal 3/5. Y miembros inferiores 3+/5 Se procede a realizar toma de medidas antropométricas:

Peso se procede a realizar toma de medidas antropométricas:

Peso: 50.2

Talla: 1.65

Índice de Masa Corporal: 18.37 se encuentra en delgadez

-Perímetros (cm)

Brazo relajado: 21 Brazo contraído: 22

Muslo: 47

Pantorrilla: 30

cintura: 70

cadera: 90

PLIEGUES (CM)

tríceps: 14 subescapular: 13 supra iliaco: 10 abdominal: 14

muslo anterior: 20

Diámetro radio cubital: 5 centímetros Diámetro Bi epicondilar femoral: 9 centímetros

TEST de Sentarse y pararse: 14 repeticiones

Dinamometría derecha: 15 KG

Dinamometría izquierda: 18 KG

*no se realiza test de caminata por dolor en tobillo.

Toma de signos vitales:

Frecuencia cardiaca pulsaciones por minuto: 70 lpm
saturación de oxígeno: 98

Frecuencia Cardiaca de Entrenamiento según Karvonen:

Frecuencia Cardiaca máxima: 220-edad: 191
Frecuencia De entreno al 60%: $(Fc\text{ máx.} - Fr) \times 0.6 + Fr$: 6 + Fc: p/m: 142
Frecuencia de Entreno al 70%: $(Fc\text{ máx.} - Fr) \times 0.7 + Fr$: 7 + Fc: p/m: 154

Se continua la sesión de acondicionamiento físico con trabajo aeróbico teniendo en cuenta las pulsaciones de 142 a 154 para trabajo en bicicleta, al inicio de la sesión con tiempo de 15 minutos.

*se educa al paciente para que realice un adecuado manejo de su acondicionamiento físico, además de plan de ejercicios en casa y el gimnasio cuando lo inicie. Se le recomienda al paciente seguir las recomendaciones del fisioterapeuta y del médico tratante.

Responsable: ROMERO ERAZO, YERSON ANDRES

FUNDACION
VALLE DEL LILI
UNIDAD DE
REHABILITACIÓN

Somos Sura - Inicio

Movistar Portal de Recaudos, Pa...

Transacciones para Empresas

Bancolombia - Pagos PSE

https://pse.todo1.com/PseBancolombia/control/ElectronicPayment.check

Aplicaciones BANCOS PAGOS SANDRA

Pagos PSE - Sucursal Virtual Empresas

Su última visita fue: Martes 22 de Junio de 2021 a las 11:27 AM

Fecha y hora actual: Martes 22 de Junio de 2021 11:35:45 AM

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S A

USUARIO:SANDRA LILIANA DELGADO REYES

NIT: 890903407

Tienda Virtual o Recaudador: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA

1 Preparación

2 Verificación

3 Aprobación

4 Confirmación

¡Bien hecho!

El pago ha sido debitado de su cuenta. Presione "Finalizar" para regresar al sitio recaudador y notificarle el resultado de la transacción.

Compra online Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca

Nro. de factura: 8979735

Descripción del pago: JOSE EDUARD HURTADO MORENO

Nro. de referencia: 172.16.50.47

Nro. de referencia 2: 890903790

Nro. de referencia 3: SEGUROS SURA

Nro. de comprobante: 0000003424

Valor pagado: \$ 11.810.838.00

Cuenta: *****6103 - Corriente - Corriente

También puede

Descargar resumen

| agar | Saldo a Pagar | VIT de la Entidad | Razón Social de la Entidad | Nombres y Apellidos del Paciente | tificación del Paci | Valor Unitario |
|------|---------------|-------------------|----------------------------|----------------------------------|---------------------|----------------|
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | JOSE EDUARD HURTADO MORENO | 1111760680 | 908,526 |
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | FLORENTINO RODRIGUEZ | 14695979 | 908,526 |
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | JHONNY FERNANDO NORIEGA MINA | 71372883 | 908,526 |
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | WALTHER LUNA ESCOBAR | 1059903140 | 908,526 |
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | CARLOS ALBERTO DUQUE LOAIZA | 16540634 | 908,526 |
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | LUZ MILENA ARBOLEDA MORENO | 1144153775 | 908,526 |
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | DAMARIS LORA BERMUDEZ | 66747105 | 908,526 |
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | CARLOS ALBERTO RIVERA QUINTERO | 94301005 | 908,526 |
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | INGRID VANESSA ENRIQUEZ | 1112218349 | 908,526 |
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | WILSON ALEXIS DOMINGUEZ BELTR | 1143954964 | 908,526 |
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | LUZ MERY HOYOS MEJIA | 1144150035 | 908,526 |
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | JOSE ALEJANDRO PARDO PRADO | 94479583 | 908,526 |
| | | 890903790 | SEGUROS SURA | GIOVANNI DE JESUS GOMEZ GARAY | 16225812 | 908,526 |

| NIT | Nombre De L | Consecutivo | Expediente | Fecha de Interface | valor pago | Fecha de Pag |
|------------|-------------|-------------|------------|--------------------|------------|--------------|
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027272 | 1310359257 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027274 | 1310360522 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027280 | 1310358891 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027299 | 1310360523 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027273 | 1310322169 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027276 | 1310327043 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027287 | 1310339215 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027265 | 1310293995 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027254 | 1310308761 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027281 | 1310249311 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027275 | 1310337067 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027298 | 1520060341 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027259 | 1310356349 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | |
| N805012111 | JUNTA REGIO | 3027285 | 1310319907 | 19/11/2015 16:01 | 644350 | 0 |

| Datos del Afiliado | Oficina |
|---|-------------------|
| 16931266 JOHN JAIRO HERNANDEZ GOMEZ | OFICINA CALI |
| 31984521 LUCY COLLAZOS CASTIBLANCO | OFICINA CALI |
| 66927414 ELIZABETH ROJAS MORENO | OFICINA CALI |
| 29680630 LUZ JANETH RODRIGUEZ GOMEZ | OFICINA CALI |
| 10489820 EDGAR LIBARDO PEÑUELA MARTINEZ | OFICINA CALI |
| 1113630897 ANDRES MEDINA PARRA | OFICINA CALI |
| 94322124 JORGE ELIECER POLANCO PARRA | OFICINA CALI |
| 31945223 MARIA ELENA SERRANO MUÑOZ | OFICINA CALI |
| 16508512 JOSE ANIBAL CUNDUMI SANCHEZ | OFICINA CALI |
| 38561117 ANA VICTORIA PEREZ NARVAEZ | OFICINA CALI |
| 16677478 JAVIER ARBELAEZ LOPEZ | OFICINA CALI |
| 94317105 SAMUEL ARTURO FRANCO CARDONA | OFICINA CARTAGENA |
| 16606007 ALVARO HERNANDO HOYOS IMBACHI | OFICINA CALI |
| 1130595380 JOSE LUIS RIVERA CHILITO | OFICINA CALI |

comfenalco

comfenalco

comfenalco

comfenalco

coomeva

coomeva

coomeva

nueva eps

saludcoop

saludcoop

saludtotal

sanitas

sos

sos

| | | | |
|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------|
| Profesional | Yenny Maritza Badillo | Tarjeta profesional | 760011 |
| Fecha inicio | 2021-04-07 10:10:AM | Fecha fin | 2021-05-11 01:47 AM |
| Autorización | 16759439 | No. sesiones a la fecha | 10 / 10 |
| Fecha de emisión | 2021-05-11 | No. sesiones impresas | 10 |

| Datos personales | | | |
|----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------|
| Nombre | Luz Mery Hoyos Mejia | Número de identificación | 1144150035 |
| Fecha de nacimiento | 1991-01-31 | Edad | 30 |
| Género | Femenino | Grupo sanguíneo | O+ |
| Dirección | CRA 50 # 55 56 / VEGAS DE COMFANDI | Municipio | Santiago de Cali |
| Barrio | | Departamento | Valle del Cauca |
| Teléfono | 317 4122243 | Teléfono móvil | |
| Estado civil | Soltero | Nivel de escolaridad | Universitario |

| Datos de ingreso | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Fecha de ingreso | 2021-04-07 10:10:57 |
| Entidad que emite | SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A |
| Código autorización | 16759439 |
| Empresa contratante | COMFANDI |
| Descripción de la actividad | ADMINISTRATIVO |
| Cargo | Analista Contable y Financiera |
| Tiempo en ese cargo | 5 AÑOS |
| Patología | ESGUINCE TOBILLO DERECHO |
| Causa | Accidente |
| Incapacidad | No |

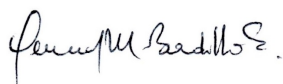
Evaluación final

| Conclusiones de la intervención | | | | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| Item | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Observaciones |
| Postura de pie | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Marcha | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Postura sedente | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Transiciones sedente/de pie | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Movilidad y fuerza miembros superiores | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Movilidad y fuerza miembros inferiores | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Alcances alto, medio, bajo | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Agarres | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| Item | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Observaciones |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| Otras posturas (cucullas, de rodilla, etc) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Subir y bajar escaleras | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Otros | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Evaluación

paciente de 30 años de edad, dominancia diestra que labora como analista contable y financiera hace 5 años quien asiste a terapia física, en transporte tipo uber, quien presento at 8 junio del 2019 en el partido de futbol en el torneo de la empresa al coger el balón quedo tosida pierdo el equilibrio, refiere que se le desvía el tobillo derecho "inversión" caigo al piso, realizo 7ss en nuestra institución finalizadas 2019-07-04, paciente comenta que tuvo problemas de salud por deglución con posteriores hospitalización, terapia física en fvl por manejo de desancondicionameinto físico, re consulto por arl envía rmn rmn 23/03/2021 tobillo derecho adelgazamiento del fascículo superficial del lpaa con fascículo profundo normal, engrosamiento de aspecto residual del ligamento peroneo calcáneo, tendinopatía del tendón peroneo corto, tobillo izq adelgazamiento del fascículo superficial y profundo del lpaa con fascículo, engrosamiento de aspecto residual del ligamento peroneo calcáneo, ligamento pap con gangliones entre sus fibras de 18mm, tendinopatía del tendón peroneo corto con lesión parcial longitudinal en su paso por el maléolo distal y calcáneo tercio proximal con adecuada inserción distal, remitida con diagnóstico de esguince de tobillo derecho, remitido por el dr Jaime Acosta, clasificado en rehabilitamos como trauma leve, termina autorización por 10 sesiones, 7 sesiones de manera presencial, 3 de manera virtual, a la valoración se encuentra: dolor calificado como moderado, continuo en región bimalleoalar con sensación de inestabilidad ocasional, refiere hay presencia de edema leve en región maleolar externa, no se evidencio al inicio del tratamiento, no se evidencia en videos, patrón de marcha persiste alterado, con alteración en fase de doble apoyo especialmente, presenta alteración leve del equilibrio estático y leve dinámico, a la palpación dolor lpaa y lpap, arcos de movilidad conservados, con dolor en arco máximo de inversión, fuerza 3+/5se observa realia transiciones sin dificultad, cucullas, refiere marcha en puntas más fácil que en talones, no se observa falencia en su realización, refiere realiza sus avd y abc de manera independiente con dificultad para posturas prolongadas, tolera marcha aprox 40 min, bípedo 30 min con posterior dolor, subir y bajar escaleras, no ha podido volver a realiza actividad física continuo, colocarse tacones ni sandalias porque estos zapatos le generan mayor dolor, los objetivos terapéuticos para esta orden fueron mantener y mejorar rangos de movilidad para mantener patrones funcionales de movilidad de miembros inferiores mantener y mejorar fuerza muscular para mejorar ejecución del movimiento, aumentar la potencia muscular. mantener y mejorar equilibrio para mejorar fluidez del movimiento, prevenir caídas, de acuerdo a las guías de manejo la evolución ha sido lenta, el cumplimiento de las metas se dio en un 50%, se logró mantener función existente, arcos de movilidad y función muscular conservada, leve mejoría en patrón de marcha, niega sensación de falseo, equilibrio con déficit en unipodal leve, paciente con trastorno de ansiedad concomitante, paciente quien actualmente se encuentra incapacitada por eps por problemas de disfagia, refiere esta perdiendo la memoria, se entrega plan casero con énfasis en fortalecimiento de estabilizadores de tobillo y ejercicios propioceptivos, se da charla educativa sobre su patología y se dan recomendaciones generales de autocuidado como complemento al proceso de rehabilitación, cita medica con fisiatría aun sin definir.



| | |
|---------------------------------|------------------------------|
| Profesional | Yenny Maritza Badillo Enciso |
| Tarjeta profesional | 760011 |
| Número de identificación | CC 66977691 |