	MEDICINA INTEGRAL EN CASA	
	PROCESO: Manejo de historia clínica	CODIGO MHCINS-003
		VERSION: 002
	INSTRUCTIVO: Diligenciamiento de historia clínica de terapias	FECHA: Abril de 2007
PAGINA Página 1 de 3		

1. PROPÓSITO

Presentar los registros y evoluciones de terapias de forma clara, y resumida; dando la oportunidad al colaborador de no olvidar datos relevantes indispensables en el informe de terapias.

2. CAMPO DE APLICACIÓN

Los formatos de valoración y evolución de terapias son de uso obligatorio para todos los terapeutas adscritos a MEDICA y a quienes la empresa les adquiere servicios propios de su quehacer profesional.

3. DEFINICIONES

La primera vez que se realice atención a un paciente, debe registrarse la evaluación y primera terapia en la hoja de valoración de terapia. Las sesiones siguientes deben ser evolucionadas en la hoja de evolución normal.

El formato no debe presentar tachones, ni enmendaduras y los conceptos indicados en éste deben ser legibles. El documento debe ser presentado a más tardar en las 48 horas de la finalización del tratamiento

3. DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

Registre la siguiente información conforme se explica para cada uno de los campos así:

A. DATOS GENERALES

- HOJA DE INGRESO (HI): Registre esta información cuando sea suministrada por el área operativa.
- PAGINA: Debe especificarse el número de página de la historia clínica.
- NOMBRE: Se registrará el nombre completo (Nombres y apellidos) del paciente o usuario a quien se le presta el servicio.
- EDAD: Se registrará la edad en años, meses o días cumplidos
- DIAGNÓSTICO: Se registrará el diagnóstico de trabajo.
- IDENTIFICACIÓN: Registre el número que identifica a la persona (paciente) a la cual se le presta el servicio cualquiera sea de las siguiente opciones:
 - Cedula de ciudadanía
 - Cedula de Extranjería
 - Pasaporte
 - Tarjeta de Identidad
 - No. Registro civil
 - Cédula de la madre cuando se trata de recién nacido.
- ENTIDAD: Entidad (EPS, IPS, Medicina Prepagada, Seguro de Vida, etc.) a la cual esta afiliado el paciente o usuario. Si el servicio fue tomado de manera PARTICULAR se registrará como tal.
- ESPECIALIDAD: Se registrará el tipo de terapia a realizar: física, ocupacional, lenguaje, deglución o respiratoria.


B. ANTECEDENTES PERSONALES: Se registrarán los antecedentes de relevancia del paciente. En caso de que el paciente no tenga antecedente debe registrarse “antecedentes negativos”

C. EXÁMENES PRACTICADOS Y RESULTADOS: Se registrarán los exámenes de laboratorio, rayos x y demás exámenes de relevancia en el diagnóstico y tratamiento de la patología a tratar. En caso de que no haya exámenes debe registrarse que no se cuenta con ellos.

D. EXAMEN FÍSICO

- SIGNOS VITALES (Los signos vitales deben ser tomados y registrados diariamente sin excepción por todos los profesionales de terapias de rehabilitación)
 - TA : Registre la tensión arterial.
 - FC : Registre frecuencia cardiaca ó pulso.
 - R : Registre frecuencia respiratoria.
 - T : Registre temperatura


ELABORADO POR	REVISADO POR

	MEDICINA INTEGRAL EN CASA	
	PROCESO: Manejo de historia clínica	CODIGO MHCINS-003
		VERSION: 002
	INSTRUCTIVO: Diligenciamiento de historia clínica de terapias	FECHA: Abril de 2007
PAGINA Página 2 de 3		

EVALUACIÓN INICIAL

ITEM	TERAPIA RESPIRATORIA	TERAPIA FÍSICA		TERAPIA DEL LENGUAJE		TERAPIA OCUPACIONAL
		ORTOPEDIA	NEUROLOGÍA	DEGLUCIÓN	LENGUAJE	
INSPECCIÓN	Estado general del paciente, estado nutricional, ortopnea, aleteo nasal, retracciones, deformidades, cicatrices de cirugía, forma del tórax, patrón respiratorio, alteraciones del ritmo.	Estado general del paciente, actitud, capacidad para deambular, tono muscular, estado nutricional, úlceras por presión, edemas, signos de dificultad respiratoria	Estado general del paciente, actitud, capacidad para deambular, tono muscular, estado nutricional, úlceras por presión, edemas, signos de dificultad respiratoria	Estado general del paciente, actitud, capacidad para deambular, tono muscular, estado nutricional, úlceras por presión, edemas, signos de dificultad respiratoria, configuración ósea, maxilar inferior, dentición, lengua, labios, paladar duro y blando.	Estado general del paciente, actitud, capacidad para deambular, tono muscular, estado nutricional, úlceras por presión, edemas, signos de dificultad respiratoria.	Estado general del paciente, actitud, capacidad para deambular, tono muscular, estado nutricional, úlceras por presión, edemas, signos de dificultad respiratoria
PALPACIÓN	Masas y áreas dolorosas	Masas y áreas dolorosas	Masas y áreas dolorosas	Masas y áreas dolorosas, musculatura de cuello, laríngea, faríngea y tono muscular	Masas y áreas dolorosas	Masas y áreas dolorosas
AUSCULTACIÓN	Presencia de ruidos respiratorios anormales					
FUNCIÓN		AMA, F.M., retracciones musculares, sensibilidad	Movimientos combinados disponibles, equilibrio (cuello, tronco, etc) coordinación ABC y AVD, evaluar funciones mentales superiores	Valoración de ingestión de alimentos en fase oral, bucal o lingual	Producción oral, compresión auditiva, repetición y denominación	AMA, F.M., ABC y AVD, desplazamientos, independencia, cambios de posición
OBJETIVOS DE TRATAMIENTO Deben utilizarse verbos que sugieran lo que se quiere lograr con el paciente	Mantener vía aérea permeable, mejorar patrón respiratorio, evitar complicaciones pulmonares etc.	Evitar edema, controlar dolor, mantener y recuperar AMA, recuperar F.M. etc.	Estimular equilibrio, mejorar coordinación, entrenar marcha con ayudas, mejorar tono muscular etc.	Ganar fuerza muscular en estructuras débiles, estimular patrones correctos de masticación y deglución	Mejorar habilidades de comunicación del paciente, lograr ubicación en categoría de espacio tiempo y lugar.	Aumentar fuerza muscular, aumentar movilidad articular, lograr independencia.
CONDUCTA Cada una de las actividades con las que se lograrán los objetivos	Micronebulización, percusión, vibración, drenaje postural, aspiración de secreciones, etc.	Ejercicios pasivos, activos, estiramientos, entrenamiento en uso de caminador, muletas, bastón, reeducación etc.	Descargas de peso, transiciones, inhibición de tono etc.	Fortalecimiento de musculatura extralaringea, estimulación de reflejos de nausea y deglución, fortalecimiento de musculatura de cara y cuello etc.	Ejercicios de categorización, semántica de origen común, estimulación de memoria etc.	Estiramientos, ejercicios activos asistidos, libres, resistidos, técnicas de Bobbat, Rood, Kovac etc.
RECOMENDACIONES	Deberán documentarse las indicaciones que se den al paciente y a la familia.					

ELABORADO POR	REVISADO POR

	MEDICINA INTEGRAL EN CASA	
	PROCESO: Manejo de historia clínica	<small>CODIGO</small> MHCINS-003
		<small>VERSION:</small> 002
	INSTRUCTIVO: Diligenciamiento de historia clínica de terapias	<small>FECHA:</small> Abril de 2007
<small>PAGINA</small> Página 3 de 3		

EVALUACIÓN DIARIA

TERAPIA RESPIRATORIA	TERAPIA FISICA	TERAPIA DE FONOAUDIOLÓGÍA	TERAPIA OCUPACIONAL
Signos vitales, condiciones generales del paciente, actitud, signos de dificultad respiratoria, patrón respiratorio, alteración del ritmo respiratorio y auscultación pulmonar.	Signos vitales, estado general del paciente del paciente, actitud. En paciente ortopédico debe incluirse la evaluación del dolor, AMA y FM. En paciente neurológico es importante registrar la evaluación del tono muscular	Signos vitales, estado general del paciente, actitud, registrar si ha habido cambios en el estado del paciente.	Signos vitales, estado general del paciente, actitud. Registrar si ha habido cambios en el estado del paciente
Conducta seguida por el profesional			
Condiciones del paciente al finalizar el tratamiento.			
Recomendaciones dadas al paciente y a la familia			

ELABORADO POR	REVISADO POR