**HISTORIA MEDICO SOCIAL DEL PACIENTE EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD (Vr.-5).**

**Fecha:** **Numero:**

 **Día Mes Año**

**LUGAR:**

1. **INFORMACION GENERAL**

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documento de Identidad: CC** **TI**  **RC**  **N°** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Edad:** **años meses**

**Género: M** **F**

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Hijos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Raza: Afrodescendiente Mulato Indígena Raizales Mestiza Otro:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Régimen Social: Subsidiado Contribuyente EPS:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS ACOMPAÑANTE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Telf.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Parentesco: Familiar** **No Familiar** **Cual?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA CLINICA GENERAL**

|  |
| --- |
| **SIGNOS VITALES** |
| **FRECUENCIA CARDIACA** | **FRECUENCIA RESPIRATORIA** | **PRESION ARTERIAL** | **TEMPERATURA** |
|  |  |  |  |

**(Describir y codificar en CIE-10)**

**Enfermedad Actual:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

**PERSONALES**

**Quirúrgicos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Traumáticos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alérgicos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patológicos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FAMILIARES:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CAUSA QUE GENERA LA INTERVENCION**

|  |
| --- |
| **DIAGNOSTICO MEDICO (CIE10):** |
| **TIEMPO DE EVOLUCION:** |
| **MEDICAMENTOS ACTUALES:** |
| **OSTEOM** | **ORG/SENTIDOS** | **NEUROLOGICO** | **CARDIO-PULMONAR** | **GENITO- URINARIO** | **DIGESTIVO** |
| NORMAL | ANORMAL | NORMAL | ANORMAL | NORMAL | ANORMAL | NORMAL | ANORMAL | NORMAL | ANORMAL | NORMAL | ANORMAL |
| **SISTEMA VASCULAR PERIFERICO** |
| NORMAL  | ANORMAL |

**Historia Psicosocial:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnósticos (CIE10)**

**Previos.**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Actual.**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**-Daño Físico y Mental:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-Deficiencia (Función):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-Limitación (Actividad):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-Restricciones (Participación):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **TRATAMIENTO, PRONÓSTICO MEDICO Y SOCIAL**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO EN CASA**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **BARRERAS Y FACILITADORES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Capítulo** | **Ítem** | **B** | **F** | **Observaciones** |
| **Productos y Tecnología** | Transporte |  |  |  |
| Comunicación |  |  |  |
| Educación y Adquisición de conocimientos |  |  |  |
| Empleo |  |  |  |
| Arquitectónico |  |  |  |
| **Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana** | Geografía (Pendientes) |  |  |  |
| Luz, sonido, calidad del aire |  |  |  |
| **Apoyo, relaciones y actitudes** | Conocidos, compañeros, comunidad |  |  |  |
| **Servicios, Sistemas y políticas** | Servicios, políticas de empleo |  |  |  |

1. **RUTAS DE ATENCION PARA LA INCLUSIÓN**
2. Social:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. -Para los servicios de salud:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **EXPECTATIVAS**
* Del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* De la familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* De la comunidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **PLAN DE REHABILITACION**

**EXAMEN FISICO**

**OBSERVACION:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESTRUCTURA** | **NORMAL** | **ANORMAL** | **OBSERVACIONES** |
| **Cabeza y Cuello** |  |  |  |
| **Tronco** |  |  |  |
| **MMSS** | **DERECHO** | **IZQUIERDO** | **OBSERVACIONES** |
| **NORMAL** | **ANORMAL** | **NORMAL**  | **ANORMAL** |
| **Hombro** |  |  |  |  |  |
| **Codo** |  |  |  |  |  |
| **Muñeca** |  |  |  |  |  |
| **Mano** |  |  |  |  |  |
| **MMII** | **DERECHO** | **IZQUIERDO** | **OBSERVACIONES** |
| **NORMAL** | **ANORMAL** | **NORMAL** | **ANORMAL** |
| **Cadera** |  |  |  |  |  |
| **Rodilla** |  |  |  |  |  |
| **Tobillo** |  |  |  |  |  |
| **Pie** |  |  |  |  |  |

**PIEL Y ANEXOS:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EDEMA/INFLAMACION:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **SENSIBILIDAD SUPERFICIAL** |
|  | **TACTO** | **DOLOR** |
| **MMSS** | **DER** | **IZQ** | **DER** | **IZQ** |
| *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* |
| **MMII** | **DER** | **IZQ** | **DER** | **IZQ** |
| *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SENSIBILIDAD PROFUNDA** |
|  | **MMSS** | **MMII** |
|  | **DER** | **IZQ** | **DER** | **IZQ** |
| ***BAROGNOSIA****(sentido peso)* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* | *N* | *AN* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***BARESTESIA****(sentido presión)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***BATIESTESIA****(sentido posición)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***ESTEROGNOSIA****(reconocimiento objetos)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***GRAFIESTESIA****(reconocimiento formas en la piel)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EVALUACION DEL DOLOR** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **Ubicación:**  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **ESTUDIANTES QUE REALIZA LA EVALUACION.** |
| **Nombre**  | **Código** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**PLAN DE INTERVENCION**

**FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**DIAGNOSTICO (CIE10):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFICACION:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBJETIVO GENERAL:** Mejorar las capacidades funcionales del paciente para realizar las actividades de la vida diaria.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS ESPECIFICOS** | **TECNICAS** | **DESCRIPCION** | **DOSIFICACION** |
| Disminuir espasticidad | Técnica Rood | Realizar estímulos táctiles con diferentes texturas en la piel de modo descendente sobre el musculo agonista y ascendente sobre el musculo antagonista de la zona que espástica. | Hasta lograr la relajación de la zona espástica y se realice los movimientos más fluidos. |
| Mejorar o Mantener la Movilidad Articular | Movilidad Articular | Realizar movimientos articulares de la estructura afectada, ej.: Rodilla realizar movimiento de flexión y extensión de rodilla. | 3 series, 6 repeticiones. |
| Mejorar o Mantener Flexibilidad | Estiramientos | Realizar estiramientos específicos del área especifica. Ej.: estiramiento de los músculos isquiotibiales, en posición decúbito supino rodilla extendida se eleva la pierna y se hace una dorsiflexion de tobillo. | 2 series, 4 repeticiones sosteniendo el estiramiento 15 segundos. |
| Mejorar o Mantener la Fuerza | Fortalecimiento |  |  |
|  | Ejercicios Isométricos | Ej.: Fortalecimiento de Cuádriceps, paciente en decúbito supino se le pide que apreté o eleve la pierna y la sostenga durante un tiempo | 2 series, 4 repeticiones sosteniendo. |
|  | Ejercicios Isotónicos | Ej.: Fortalecimiento de Isquiotibiales, paciente en decúbito prono se le pide que suba y baje la pierna varias veces. Se le puede poner resistencia externa o manual. | 3 series, 6 repeticiones. |
| Mejorar Coordinación | Ejercicios de cruce de línea media | Los pacientes deberán hacer los movimientos de las estructuras corporales cruzando la mitad de su cuerpo. ej.: con la mano izquierda se toque el hombro derecho | 3 series, 6 repeticiones. |
| Mejorar Equilibrio | Ejercicios de posición unipodal y bipodal con ojos abiertos o cerrados | Se realizaran ejercicios de mantener una posición con un pie o con los dos pies, se puede iniciar con ojos abiertos y después con los ojos cerrados y pueden hacer estáticos o dinámicos. | 2 series, 4 repeticiones sosteniendo. |

**FORMATO EVOLUCION**

**IDENTIFICACION:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO** | **NOMBRE** |
|  |  |  |
| **EDAD:** | **GENERO:** |
| MES: \_\_\_\_\_ DIA: \_\_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | HOMBRE: \_\_\_\_ |
| MUJER: \_\_\_\_\_\_ |
| **DIAGNOSTICO:** |
| **FECHA** | **EVOLUCION** |
| DIA | MES | AÑO | HORA | EJERCICIO TERAPEUTICO |
|  |  |  |  | Paciente que llega en buenas condiciones acompañado por familiar, Frecuencia Cardiaca de \_\_, Presión Arterial de \_\_\_ se inicia intervención con ejercicios de movilidad articular, estiramientos. Paciente que finaliza en buenas condiciones sin ninguna molestia. Firma y Código. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |