

Informe de microbiología

FUNDACION VALLE DEL LILI

0000000

47

Av Simon Bolivar Cra 98 # 18 - 49
Telefono: 3317474 Ext. 3169 Fax 3317499

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101051412	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO DE HONGOS	Fecha Esta...	24/11/2008
Fecha de naci...		Servicio ais	HOSP. SEXTO PISO	F. muestra	01/11/2008 07:45 p....
Méd resp				Méd sol	

HEMOCULTIVO

*No se observa Levadura ni Mohos



S	=	Sensible	N/R	=	No Informado	Blanco	=	Dato no disponibles, o antimicrobiano no informado o no probado
I	=	Intermedio	—	=	No Probado	ESBL	=	Beta-lactamasa de espectro ampliado
R	=	Resistente	TFG	=	Cepa Timidin-dependiente	Blac	=	Beta-lactamasa positiva
MIC	=	mcg/ml (mg/L)						

S* = Interpretación predictiva sensible
R* = Interpretación predictiva resistente
EBL? = Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.
IB = Beta-lactamasa Inducible. Aparece en lugar de ;Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialmente resistentes a todos los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con antibióticos beta-lactámicos.

A = Interpretación informada modificada

Para aislamientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101051412	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO DE HONGOS	Fecha Esta...	24/11/2008
Fecha de naci...		Planta/Hab	5OR /	F. muestra	01/11/2008 07:45 p....

Informe de microbiología

FUNDACION VALLE DEL LILI

Av Simon Bolivar Cra 98 # 18 - 49
 Telefono: 3317474 Ext. 3169 Fax 3317499

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLIZ	Muestra	081101051212	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO DE HONGOS	Fecha Esta...	24/11/2008
Fecha de naci...		Servicio ais	HOSP. SEXTO PISO	F. muestra	01/11/2008 07:35 p....
Méd resp				Méd sol	

HEMOCULTIVO

*No se observa Levadura ni Mohos



S	=	Sensible	N/R	=	No Informado	Blanco	=	Dato no disponibles, o no se obtiene o no probado
I	=	Intermedio	—	=	No Probado	ESBL	=	Beta-lactamasa de espectro ampliado
R	=	Resistente	TFG	=	Cepa Timidin-dependiente	Blac	=	Beta-lactamasa positiva
MIC	=	mcg/ml (mg/L)						

S* = Interpretación predictiva sensible
 R* = Interpretación predictiva resistente
 EBL? = Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.
 IB = Beta-lactamasa Inducible. Aparece en lugar de ;Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialmente resistentes a todos los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con antibióticos beta-lactámicos.

A = Interpretación informada modificada

Para aislamientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLIZ	Muestra	081101051212	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO DE HONGOS	Fecha Esta...	24/11/2008
Fecha de naci...		Planta/Hab	50R /	F. muestra	01/11/2008 07:35 p....

Impresión 15/05/2009 08:14 a.m.

Página 1 de 1

Téc: _____

Informe de microbiología

FUNDACION VALLE DEL LILI

Av Simon Bolivar Cra 98 # 18 - 49
Telefono: 3317474 Ext. 3169 Fax 3317499

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLIZ	Muestra	081101044912	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO DE HONGOS	Fecha Esta...	24/11/2008
Fecha de naci...		Servicio ais	HOSPI. QUINTO ORIENTE	F. muestra	01/11/2008 03:35 p....
Méd resp				Méd sol	

TEJIDO *No se observa Levadura ni Mohos

Texto libre de la muestra
MASA SUPRACLAVICULAR



S = Sensible	N/R = No Informado	Blanco = Dato no disponibles, o antimicrobiano no informable, o no probado
I = Intermedio	— = No Probado	ESBL = Beta-lactamasa de espectro ampliado
R = Resistente	TFG = Cepa Timidin-dependiente	Blac = Beta-lactamasa positiva
MIC = mcg/ml (mg/L)		

S* = Interpretación predictiva sensible
R* = Interpretación predictiva resistente
EBL? = Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.
IB = Beta-lactamasa Inducible. Aparece en lugar de ;Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialmente resistentes a todos los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con antibióticos beta-lactámicos.

^ = Interpretación informada modificada

Para aislamientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLIZ	Muestra	081101044912	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO DE HONGOS	Fecha Esta...	24/11/2008
Fecha de naci...		Planta/Hab	50R /	F. muestra	01/11/2008 03:35 p....

Impresión 15/05/2009 08:14 a.m.

Téc: _____

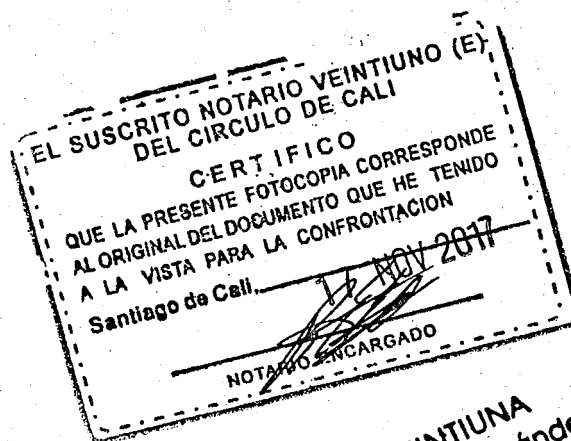
NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101044913	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO MICOBACTERIAS	Fecha Esta...	26/12/2008
Fecha de naci...		Servicio	5 PISO ORIENTE	F. muestra	01/11/2008

Negativo a las 8 semanas

Negativo

Texto libre de la muestra
MASA SUPRACLAVICULAR



S	= Sensible	N/R	= No Informado	Blanco	= Dato no disponibles, o dato no disponible
I	= Intermedio	—	= No Probado	ESBL	= Beta-lactamasa de espectro ampliado
R	= Resistente	TFG	= Cepa Timidin-dependiente	Blac	= Beta-lactamasa positiva
MIC	= mcg/ml (mg/L)				

S* = Interpretación predictiva sensible
R* = Interpretación predictiva resistente
EBL? = Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.
IB = Beta-lactamasa Inducible. Aparece en lugar de ;Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialmente resistentes a todos los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con antibióticos beta-lactámicos.

^ = Interpretación informada modificada

Para aislamientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101044913	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO MICOBACTERIAS	Fecha Esta...	26/12/2008
Fecha de naci...		Planta/Hab	50R /	F. muestra	01/11/2008



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI

Informe Microbiología
FUNDACION VALLE DEL LILI

00000005

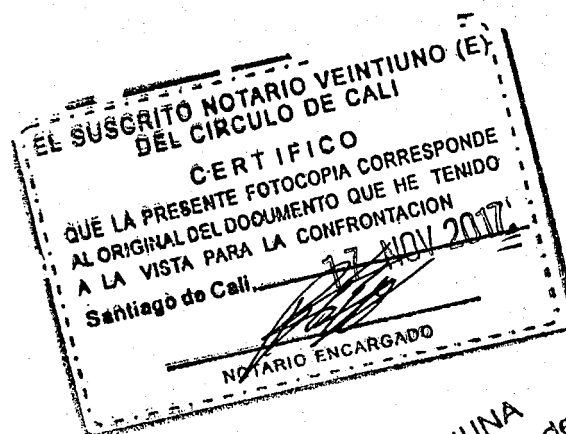
51

Av Simon Bolivar Cra 98 # 18 - 49
Telefono: 3317474 Ext. 3169 Fax 3317499

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101051413	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO MICOBACTERIAS	Fecha Esta...	26/12/2008
Fecha de naci...		Servicio	HOSP. SEXTO PISO	F. muestra	01/11/2008 07:45 p....

HEMOCULTIVO
Negativo

Negativo a las 8 semanas



S	=	Sensible	NR	=	No Informado	Blanco	=	Dato no disponibles, o antimicrobiano no susceptible o no probado
I	=	Intermedio	---	=	No Probado	ESBL	=	Beta-lactamasa de espectro ampliado
R	=	Resistente	TFG	=	Cepa Timidin-dependiente	Biac	=	Beta-lactamasa positiva
MIC	=	mcg/ml (mg/L)						

S* = Interpretación predictiva sensible
R* = Interpretación predictiva resistente
EBL? = Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.
IB = Beta-lactamasa Inducible. Aparece en lugar de ;Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialmente resistentes a todos los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con antibióticos beta-lactámicos.

A = Interpretación informada modificada

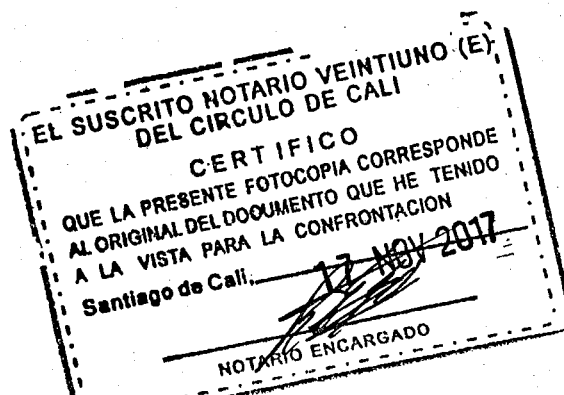
Para aislamientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101051413	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO MICOBACTERIAS	Fecha Esta...	26/12/2008
Fecha de naci...		Planta/Hab	5OR /	F. muestra	01/11/2008 07:45 p....

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101051213	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO MICOBACTERIAS	Fecha Esta...	26/12/2008
Fecha de naci...		Servicio	HOSP. SEXTO PISO	F. muestra	01/11/2008 07:35 p....

HEMOCULTIVO
Negativo

Negativo a las 8 semanas



S	= Sensible	N/R	= No Informado	Blanco	= Data no disponible, o antimicrobiano no informable o no probado
I	= Intermedio	—	= No Probado	ESBL	= Beta-lactamasa de espectro ampliado
R	= Resistente	TFG	= Cepa Timidin-dependiente	Blac	= Beta-lactamasa positiva
MIC	= mcg/ml (mg/L)				

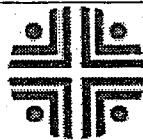
S* = Interpretación predictiva sensible
R* = Interpretación predictiva resistente
EBL? = Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.
IB = Beta-lactamasa Inducible. Aparece en lugar de Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialmente resistentes a todos los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con antibióticos beta-lactámicos.

A = Interpretación informada modificada

Para aislamientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101051213	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO MICOBACTERIAS	Fecha Esta...	26/12/2008
Fecha de naci...		Planta/Hab	50R /	F. muestra	01/11/2008 07:35 p....

NOTARIA VEINTIUNO
ROSALBA Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO



INFORME DE PATOLOGIA

PACIENTE PRETEL VICTORIA DEYLUZ EDAD años
No. DE REGISTRO F08-12150 FECHA 12-Dic-08
MEDICO Vidal Cagigas Andres HC 398781
CC 35805294

INFORMACION CLINICA

DIAGNOSTICO CLINICO

Hiperpigmentación secundaria a terpaia antiretroviral?

DESCRIPCION MACROSCOPICA

En formalina y rotulado con el nombre del paciente se reciben por separado:

A. Brazo derecho: Corresponde a fragmento de piel de forma cilíndrica que mide 0.3 cms de diametro.

B. Pierna izquierda: Corresponde a fragmento de piel de forma cilíndrica que mide 0.3 cms de diametro.

Se procesa cada especimen en un bloque.


DESCRIPCION MICROSCOPICA

A y B. En los múltiples cortes histológicos se observa hiperqueratosis ortoqueratótica en canasta. Epitelio estratificado escamoso levemente acantósico con abundantes melanocitos en la capa basal. En la dermis, la porción papilar muestra colágeno denso con abundantes melanófagos y pigmento melánico, asociado a infiltrados inflamatorios de tipo linfocitario de predominio perivascular.

DIAGNOSTICO

A y B. BIOPSIA, PIEL Brazo derecho y pierna izquierda:

HIPERPIGMENTACION POSTINFLAMATORIA

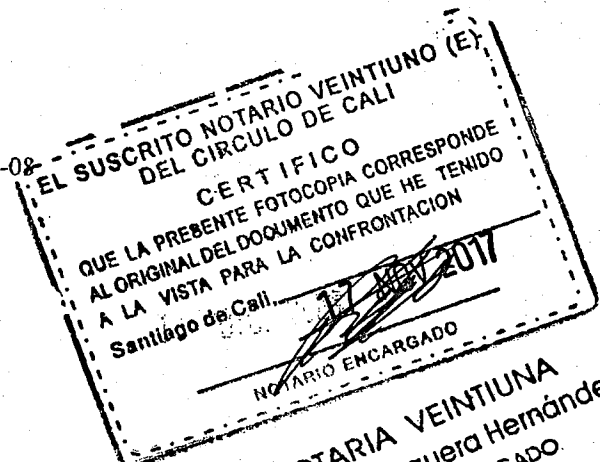
 FUNDACION
CLINICA VALLE DEL LILI
Liliana Eugenia Muñoz García
Dermatopatología
Tel: 34260000

LILIANA MUÑOZ, M.D.

Informe: 16-Dic-08

Transcripción: 16-Dic-08

Entrega: 16-Dic-08



Prestación de servicios de salud en Urgencias, Imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Patología, Cardiología no Invasiva, Terapia Respiratoria, Rehabilitación, Medicina Nuclear, Hemodinamia, Endoscopia, Trasplante de Médula Ósea, Oncología Clínica, Consulta Externa, Hospitalización, Cuidado Intensivo e Intermedio Adulto, Pediátrico y Neonatal, Radioterapia, Sala de Partos, Cirugía, Cirugía Cardiovascular, Programa de Trasplante de Órganos (Hepático, Renal, Páncreas y Corazón) en los niveles I, II, III, IV; Instituto de Investigación Clínica y docencia médico-asistencial en convenio con Universidades.



Avenida Simón Bolívar Cra. 98 No.18-49
Consultador: 331 90 90
Fax: 331 67 28 /
Apartado Aéreo 020338
Cali - Colombia
www.valledelili.org
www.clinicalili.org

F08-12150

FECHA

TV

Como Amador, Nombrado
 en Certificación
 UTRW Oficial Evaluación Tienen
 nuevos -
 no han en sus tales talaste

Mulga: Incentivo con los TBOU
 No Debería de ser el caso 139
 el DAMEO no es el mismo TRA

Como Doble de la zona A en
 Pata de Incepción.

Suplo ECU y TBC BOMBA, PLANO
 Vuelvo a la MONTANA - Incepción

FUNDACION
 VALLE DEL
 JUAN PABLO BENAVIDES CALVACHE
 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

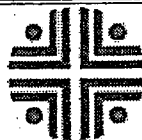
DTZ 10/08 Dermatología
procedimiento

Asesina con toreros, se coloca campo
 Quince, se toman 12 Brochos de piel
 en Busto alto y para 13m. 13m
 Gato y Armonía
 una con los otros

FUNDACION
 VALLE DEL
 ANDRES VIDAL CALVACHE
 DERMATOLOGÍA

CERTIFICADO
 DEL CIRCULO DE CALI
 QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
 AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
 A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
 Santiago de Cali
 NOTARIO ENCARGADO

NOTARIA VEINTIUNA
 Robinson Mosquera Hernández
 NOTARIO ENCARGADO



INFORME DE PATOLOGIA

PACIENTE PRETEL VICTORIA DEYLIZ

EDAD 36 años

No. DE REGISTRO F08-10632

FECHA 04-Nov-08

MEDICO Vélez Londoño Juan Diego

HC 398781

CC 35805294

INFORMACION CLINICA

Masa supraclavicular izquierda

DIAGNOSTICO CLINICO

Linfoma?

DESCRIPCION MACROSCÓPICA:

En formol se recibe 1 fragmento tisular irregular de color amarillento y grisáceo que mide 1.5 x 1.2 x 0.8cm. Se secciona y procesa todo en dos canastillas.

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

Se observa un extenso tejido fibroadiposo con amplia necrosis de tipo colicuvativo y caseoso rodeada por abundantes histiocitos espumosos y algunos granulomas epitelioides.

La colración para BK muestra abundantes bacilos acidoalcohol resistentes. Las coloraciones de Gram y Gomori son negativas.

DIAGNÓSTICO:

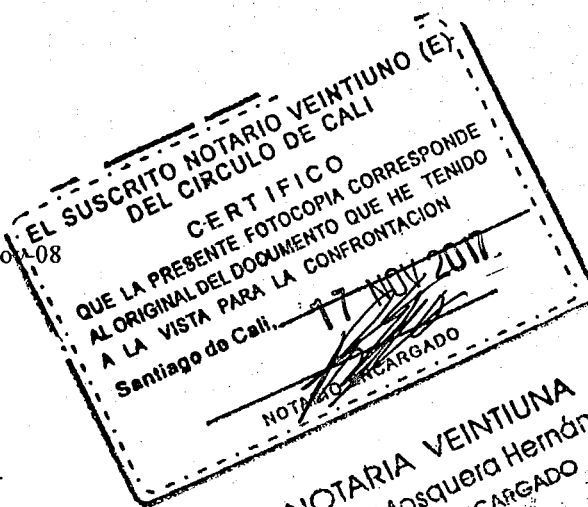
Región supraclavicular izquierda - Lesión - Biopsia

Inflamación crónica granulomatosa con necrosis caseosa
Bacilos acidoalcohol resistentes abundantes

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
EDWIN CARRASCAL CORTEZ
PATÓLOGO
R.M. 3671

EDWIN CARRASCAL, M.D.

Informe: 07-Nov-08 Transcripción: 07-Nov-08 Entrega: 07-Nov-08



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO



Prestación de servicios de salud en Urgencias, Imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Patología, Cardiología no Invasiva, Terapia Respiratoria, Rehabilitación, Medicina Nuclear, Hemodinamia, Endoscopia, Trasplante de Médula Ósea, Oncología Clínica, Consulta Externa, Hospitalización, Cuidado Intensivo e Intermedio Adulto, Pediátrico y Neonatal, Radioterapia, Sala de Partos, Cirugía, Cirugía Cardiovascular, Programa de Trasplante de Órganos (Hepática, Renal, Páncreas y Corazón) en los niveles I, II, III, IV; Instituto de Investigación Clínica y docencia médico-asistencial en convenio con Universidades.



Avenida Simón Bolívar Cra. 98 No.18-49
Commutador: 331 90 90
Fax: 331 67 28 /
Apartado Aéreo 020338
Cali - Colombia
www.valledelili.org
www.clinicalili.org

F08-10632

FECHA	2008	XI	24
	aaaa	mm	dd

NOMBRE:	754 Luz Pretel	c.c.	172.398781				
SEXO:	F	EDAD	31	OCUPACIÓN	Don Decasa	REFERIDO POR:	

ENFERMEDAD ACTUAL:

Refuse, vision borrosa de 2 años de evolución en forma progresiva.

HISTORIA OCULAR	(Último examen) Dr.	Catarata	Glaucoma
Estrabismo	Retina	Trauma	

NEG.

CIRUGÍAS:

NEG.

HISTORIA MÉDICA	Diabetes	HTA	Corazón	Artritis	Tiroides	Asma Pulmonar
Cálculos Renales						

- HIV (+) 5/2007.
- Toxoplasmosis cerebral.

CIRUGÍAS:

Biopsia Ganglionar.

H. FAMILIAR OFTALM.	Glaucoma	D.R.	Ceguera	Otros:	NEG.
---------------------	----------	------	---------	--------	------

ALERGIAS	Penicilina	Sulfas	Otros:	NEG.
----------	------------	--------	--------	------

SISTÉMICA

DROGAS ACTUALES

OFTÁLMICA

- Antihistamínicos.
- TMI Sulfas.

NEG.

OJO DERECHO				EXAMEN		OJO IZQUIERDO				
L	20/40	ph	NC	C	Avsc	L	20/40	ph	NC	C
L					Rx	L				
C					Uso	C				
					QM					
L										
C										

NOTARIA VENTURA
Robinson Masquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

NOTARIO VENTURA VEINTINO (E)
DEL CÍRCULO DE CALI
CERTIFICADO
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACIÓN
Santiago de Cali, 27 NOV 2017
NOTARIO ENCARGADO

PUPILAS	AMBIENTE	D	C	M.G.	ACOMOD.
OD	3mm	+	+	+	
OI	3mm	+	+	+	

PPC:

MOE: OK

COVER SC: L
C OK

CC: L
C

PÁRPADOS: OK

CONJUNTIVA: OK

CÓRNEA clara.

C.A. III OK

IRIS / PUPILA

CRISTALINO claros.

TONOMETRÍA OD: 13
OI: 14
Hora:
Última droga:

GONIO

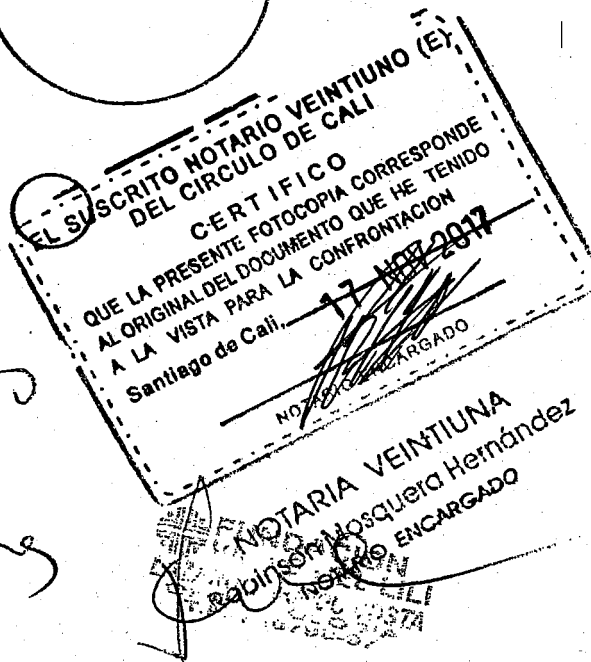
FONDO normal

N.O. OK

Evol. 207. Ad.

IDX: ① Defecto refractivo

TTO: Rx: - Optometría
- Recomendación



PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)	EDAD	SEXO
Pieterl	VICTORIAS	DEYUZ	31	F.

CAUSA DE CONSULTA MANCHAS OSCURAS EN LA PIEL

ENFERMEDAD ACTUAL:

± 10 días antes de presentar estas manchas oscuras pigmentadas, maculadas que han comprometido toda la superficie corporal.
Paciente tiene Daquitos de VIH (+) viene con 07 años en tratamiento Zalcitabina (Zovirax / Zidovudine) 2/000 LAMIVUDINA 2/000 - AZIDUTABINA 700mg 2/dia
Dice que hace tres meses con 7 años viene que según la Hc como bien

ANTECEDENTES PERSONALES

1. HIPERTENSIÓN	NO	SI	6. GINECOBISTÉRICOS	NO	SI	11. ALERGIAS ASMA	NO	SI
2. DIABETES	NO	SI	7. QUIRÚRGICOS	NO	SI	12. TRAST. COAGULACIÓN	NO	SI
3. DISLIPIDEMIA	NO	SI	8. HEPATITIS	NO	SI	13. ENFERMEDAD MENTAL	NO	SI
4. ENFERM. CORONARIA	NO	SI	9. CÁNCER	NO	SI	14. OTROS:	NO	SI
5. ENF. VASCULAR PERIF.	NO	SI	10. TABAQUISMO / LICOR	NO	SI		NO	SI

GSPAS
VIH (+)

ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ENFERMEDAD CORONARIA	NO	SI	3. CÁNCER	NO	SI	5. HTA	NO	SI
2. DIABETES	NO	SI	4. MUERTE SUBITA (H<55/M<60)	NO	SI	6. OTROS:	NO	SI

REVISIÓN POR SISTEMAS

1. CEFALÉAS	NO	SI	5. MAREOS	NO	SI	11. MOVIMIENTO INTESTINAL	NO	SI	16. EDEMAS	NO	SI
2. AUDICIÓN	NO	SI	7. VISIÓN	NO	SI	12. SANGRADO INTESTINAL	NO	SI	17. SINGROS	NO	SI
3. DISFAGIA	NO	SI	8. DISFONIA	NO	SI	13. DISNEA	NO	SI	18. DISFONIONES	NO	SI
4. PALPITACIONES	NO	SI	9. DISPEPSIA	NO	SI	14. SINTOMAS URINARIOS	NO	SI	19. OTROS	NO	SI
5. DOLOR PRECORDIAL	NO	SI	10. TIROIDES	NO	SI	15. ARTRALGIAS	NO	SI			

FARMACOS QUE RECIBE:

Zalcitabina (Zovirax / Zidovudine) 2/000
LAMIVUDINA 2/000
AZIDUTABINA 700mg 2/dia.

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNA
DEL CÍRCULO DE CALLEJERO (E)
CERTIFICO
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACIÓN
Santiago de Chile
17 NOV 2017
NOTARIO ENCARGADO

NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

EXAMEN FÍSICO Y PARACLÍNICO

PA: FC: FR: PESO:

foto tipo de piel VI.

Xerosis generalizada

trunc en tono de superficie con una línea
siguiente - nebulosa completa

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Cambios siguientes piel 2.

CÓDIGO DX.:

Exferm VIH? O A TIO Patológico?

OTROS DX:

Xerosis

CÓDIGO DX.:

CÓDIGO DX.:

CÓDIGO DX.:

ANÁLISIS: Explanación.

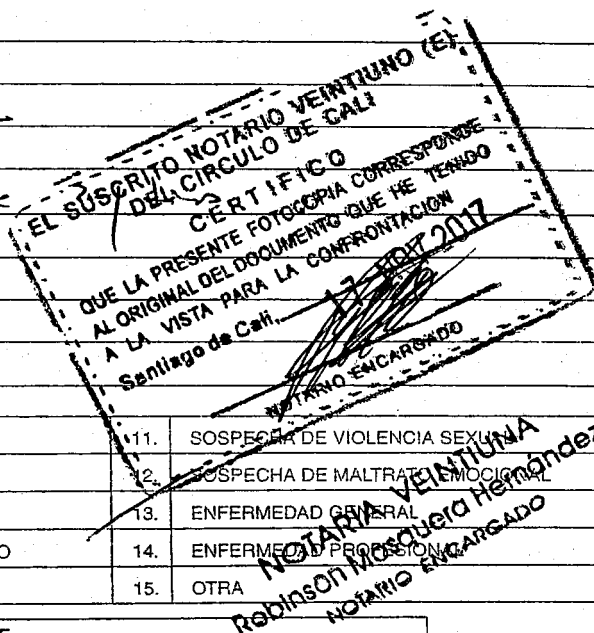
- Tono + 2 Arterias de piel
- Lipid Squid
- Un Anemia lactante en el

PLAN:

CAUSA EXTERNA

1. ACCIDENTE DE TRABAJO	6. EVENTO CATASTRÓFICO	11. SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL
2. ACCIDENTE DE TRÁNSITO	7. LESIÓN POR AGRESIÓN	12. SOSPECHA DE MALTRATO FÍSICO
3. ACCIDENTE RÁPIDO	8. LESIÓN AUTO INFLIGIDA	13. ENFERMEDAD GENERAL
4. ACCIDENTE QUIDICO	9. SOSPECHA DE MALTRATO FÍSICO	14. ENFERMEDAD PROGRESIVA
5. OTRO TIPO DE ACCIDENTE	10. SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL	15. OTRA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE





FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

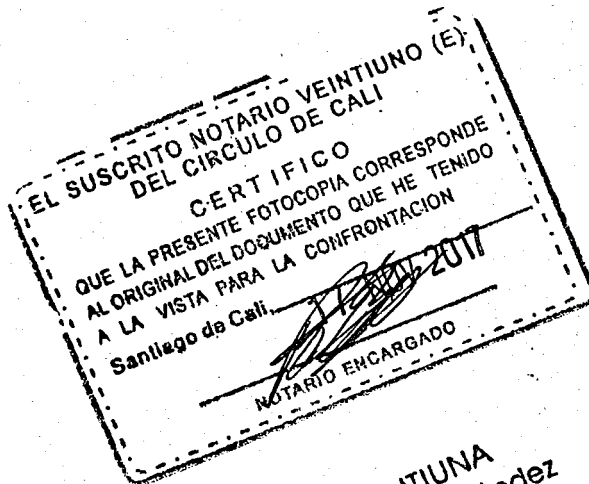
58

APERTURA DE HISTORIA CLINICA

35187651

IDENTIFICACION DEL USUARIO											
1er. APELLIDO			2do. APELLIDO			NOMBRES COMPLETOS					
Pretel			Victoria			Deryluz					
Número de identificación del usuario		35 805 294			Cédula Ciudadanía	Cédula de Extranjería	Pasaporte	Registro Civil	Tarjeta de Identidad	Adulto sin Identificar	Menor sin Identificar
Fecha de nacimiento:		aaaa		mm		dd		Lugar de nacimiento:			
22		05		97				Palestina Choco			
Edad:		Días		Meses		Años		Sexo:		M F	
Ocupación:		amada casa									
Residencia:		Dirección						Teléfono			
		Buena Ventura						4039644			
		Barrio			Municipio			Departamento			
Nombre de los Padres:		Madre					Padre				
		Graciela Victoria					Eusebio Pretel				

Julio / 2002 - 2



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI

NIT 890.324.177-5

Av. Simón Bolívar Cra 98 No 18-49 / Teléfono 3317411

Fax: 3317499 / A.A 020338 / Cali - COLOMBIA

1479 SELVASALUD S.A. EPS
PTE: PRETEL VICTORIA DEYLUZ
C.C.: CC-35805294

0000015

HOJA DE INGRESO

HISTORIA

0398781-001

DATOS PERSONALES					
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS PRETEL VICTORIA DEYLUZ			DOCUMENTO DE IDENTIFICACION CC 35805294		ESTADO CIVIL SOLTERO(A)
FECHA DE NACIMIENTO 22 05 77	EDAD 31	SEXO F	DIRECCIÓN ACTUAL BUENAVENTURA		
TELEFONO 4013841	CIUDAD / MUNICIPIO CALI		DEPARTAMENTO VALLE		ZONA (R/U) URBANA
OCUPACION DEL PACIENTE OTROS PROFESIONALES Y TECN		ENTIDAD		TIPO DE USUARIO COTIZANTE	
NOMBRE DE LOS PADRES EUSENIO - GRACIELA			NOMBRE DEL CONYUGE		
OCUPACION DEL CONYUGE			ENTIDAD		
EN CASO URGENTE AVISAR A ESTELLA PRETEL			PARENTESCO HERMANA		
DIRECCIÓN BUENAVENTURA			TELEFONO 4013841	H/A/C H	CAMA No. 50819
SERVICIO HOSPI. QUINTO ORIENTE			REMITIDO POR 890324177		
INGRESO					
FECHA DE INGRESO 31 10 08	HORA 18.03	TIPO DE SERVICIO HOSPITALIZACION	RESPONSABLE P: Particular E E: Empresa	TARIFA 73	POLIZA No 35805294
NOMBRE DEL RESPONSABLE SELVASALUD S.A. EPS			NIT. O CEDULA 1479		
DIRECCIÓN CALLE 5C # 26-55			MEDICO VELEZ L. JUAN DE GOS		
EGRESO					
FECHA DE EGRESO 5-11-08	HORA	CAUSA DE EGRESO ALTA <input type="checkbox"/> VOLUNTARIO <input type="checkbox"/>	NOTARIO ENCARGADO		
DIAS DE HOSPITALIZACION 5		MUERTE MENOS DE 48 HORAS <input type="checkbox"/>	NOTARIA VENTURA Robinson Mosquera Hernández NOTARIO ENCARGADO		

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTINO (E)
DEL CIRCULO DE CALI
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
San José de Cali, 17 NOV 2017
NOTARIO ENCARGADO

AUTORIZACIÓN PARA LEVANTAR RESERVA DE LA HISTORIA CLÍNICA

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	Nº HISTORIA CLÍNICA
PRETEL VICTORIA DEYLUZ	0398781-001

"LA HISTORIA CLÍNICA ES UN DOCUMENTO PRIVADO, SOMETIDO A RESERVA QUE ÚNICAMENTE PUEDE SER CONOCIDO POR TERCEROS, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE O EN LOS CASOS PREVISTOS POR LA LEY"
(Artículo 34, Ley 23 de 1981)

"TODAS LAS PERSONAS TIENEN DERECHO A SU INTIMIDAD PERSONAL Y FAMILIAR Y A SU BUEN NOMBRE"
(Artículo 15 de la Constitución Colombiana de 1991)

"EL SECRETO PROFESIONAL ES INVOLABLE"
(Artículo 74 de la Constitución Colombiana de 1991)

"QUE TODOS LOS INFORMES DE LA HISTORIA CLÍNICA SEAN TRATADOS DE MANERA CONFIDENCIAL Y SECRETA"
(Resolución 13437 de 1991 "Derechos de los Pacientes")

Conocido lo anterior y en forma consciente y voluntaria yo,

Con documento de identificación C.C. ☐ T.I. ☐ Otro ☐ N°:

Autorizo a la FUNDACIÓN VALLE DEL LILI para que entregue y expida copia de mi historia clínica durante mi estancia, al egreso y después de mi fallecimiento de esta hospitalización, a mi entidad afiliadora y a las siguientes personas:

En caso de ser el paciente menor de 18 años debe firmar el responsable legal.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	PARENTESCO

Así mismo, teniendo en cuenta que mi historia clínica, tejidos y fluidos pueden tener un contenido científico investigativo y que pueden ser útiles para fines estadísticos y altruistas, en pleno uso de mis facultades mentales y por lo tanto capaz de expresar mi libre albedrío; Si , No , otorgo mi consentimiento libre y voluntario para autorizar a los médicos de la FUNDACIÓN VALLE DEL LILI a consultar los datos de mi historia clínica y estudiar mis tejidos y fluidos bajo el principio de confidencialidad, con el fin de que los mismos sean utilizados, analizados y revisados para desarrollar los fines antes mencionados.

Se me ha explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de esta autorización. También, he podido formular todas mis inquietudes y se me han aclarado todas mis dudas. Además, se me ha informado que puedo revocar éste consentimiento cuando a mi criterio así lo considere oportuno, y que podré continuar recibiendo atención médica en esta Institución.

En caso de ser el paciente menor de 18 años, debe firmar el responsable legal

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL O FAMILIAR

es fello pretel

C.C.: 38 468 779

PARENTESCO:

hermana

EL SUSCRITO NOTARIO VERIFICA QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO A LA VISTA PARA LA CONFRONTACIÓN
Santiago de Cali, 17 ABR 2017
ADMITIDO POR: *[Firma]*
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
ADMISIONES
JOHNNY ANDRES RAMOS
NOTARIA VERNER
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO



RESUMEN DE EGRESO

Paciente : DEYLUZ PRETEL VICTORIA
Identificación : H.C.: 398781 - C.C.: 35.805.294
Edad : 31 Años
Sexo : FEMENINO
Fecha Ingreso : 2008.Oct.31
Fecha Egreso : 2008.Nov.05
Médico tratante : Dr. JUAN DIEGO VELEZ LONDOÑO
DR GONZALO ARISTIZABAL - CIRUGIA

DIAGNOSTICOS:

2008.Nov.02 INICIO TTO ANTITBC
2008.Nov.01 BIOPSIA GANGLIONAR CERVICAL IZQUIERDA: BAAR POSITIVO - CULTIVOS Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD EN PROCESO
2008.Nov.01 TUBERCULOSIS GANGLIONAR
2007.Oct.26 B24X: ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION
TOXOPLASMOSIS CEREBRAL
TOXICODERMIA POR TRIMETOPRIM-SULFA VS CLINDAMICINA
TUBECTOMIA
DESNUTRICION SEVERA

ULTIMOS EXAMENES:

✓ 2008.Jul.15 - CD4: 25 % - 243 Células / ml
✓ 2008.Jul.15 - CV HIV: 0 Copias / ml

FAVOR VER NOTAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y RESULTADOS DE LOS ANALISIS DE PATOLOGIA CORRESPONDIENTES SI ES DEL CASO.

CAUSA DE ADMISIÓN Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 31 años, tiene varios hijos, vive en Buenaventura, me dice que tiene un diagnóstico de una enfermedad por HIV desde hace aproximadamente unos 2 años, en esa ocasión al parecer por un cuadro de una toxoplasmosis cerebral, estuvo hospitalizada y desarrolló una severa toxicodermia a alguno de los medicamentos, me imagino que probablemente pudo ser el TMS o la Clindamicina pero la paciente no sabe cual fue, con esto presentó el cuadro de alteración de la pigmentación residual de la piel muy importante. Me dice al ingreso que viene recibiendo tratamiento antirretroviral con Abacavir, Lamivudina y Kaletra, sin embargo en su seguro de salud se han presentado interrupciones muy importantes en darle el medicamento puntualmente. Me dice que desde marzo/2008 lo está recibiendo cumplidamente, sin embargo ha presentado un deterioro progresivo en sus condiciones generales, perdida de peso, distensión abdominal, nauseas, viene enferma desde julio/2008, en relación con esto la han evaluado en múltiples ocasiones y no se ha logrado aclarar



PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN
URGENCIAS, IMÁGENES DIAGNÓSTICAS,
LABORATORIO CLÍNICO, BANCO DE SANGRE,
PATOLOGÍA, CARDIOLOGÍA NO INVASIVA,
TERAPIA RESPIRATORIA, REHABILITACIÓN,
MEDICINA NUCLEAR, HEMODINAMIA,
ENDOSCOPIA, TRANSPLANTE DE MEDULA
ÓSEA, ONCOLOGÍA CLÍNICA, CONSULTA
EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO
INTENSIVO E INTERMEDIO, ADULTO,
PEDIÁTRICO Y NEONATAL, RADIODIAGNÓSTICA,
SALA DE PARTOS, CIRUGÍA, CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR Y PROGRAMA DE
TRANSPLANTE DE ÓRGANOS: HEPÁTICO,
RENAL, PANCREAS Y CORAZÓN.



CERTIFICADO
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACIÓN
Santiago de Cali

NOTARIO ENCARGADO

NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO



FUNDACION
CLINICA VALLE DEL LILI
UNIDAD DE URGENCIAS - HISTORIA CLINICA

72.34
55.45
51.65

13106 PTE AUTOMATICO
316751
DE 9107 Aut 14/12

TRIAGE

NOMBRE: PRETEL VICTORIA		FECHA: 2008 10 31		HORA: 12:37	
SEXO: F	EDAD: 31	Nro. C.C.: 35805294	ENTIDAD: SEIOA JAIOU		
SIGNOS VITALES: TA: 98/47 FC: 66 XI R: 18 XI T: 36.2		PESO:			
MOTIVO DE CONSULTA: COLOR ABDOMINAL		DROGAS: RETROUINIALES			
MODO DE LLEGADA: CAMINANDO		ANTECEDENTES PERSONALES: HIPERTENSION, DIABETES, DISLIPIDEMIA, CARDIACOS, RESPIRATORIOS, CUALES: HIV (+), CX LOGADORA DE IZQ		ALERGIAS: NO	

ORA 14/11/08
Antecedente de HIV hace 1 año en manejo con Zalcitabina + Abacavir + 3TC. Con cuadro de dolor abdominal de 2 meses. Hoy presenta eructos abdominales y encienchen hígado aumentado de tamaño cit. leucocitos fuciles con bazo de tamaño normal pero heterogeneo y masa en región pperitoneal superior de F.M.

ASPECTO GENERAL: Bien estado general	EXAMEN FISICO: CABEZA: Normocéfale
CUELLO: No masa ni adenopatías	CARA: Sin alteración
MUCOSAS: Mucosa oral húmeda	OJOS: Sin alteración
TCRAX: Simétrico	PULMONAR: Sin alteración
CORAZON: Ruidos cardíacos normales	ABDOMEN: Blando, sin masa palpable
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: Sin deficit focal	EXTREMIDADES: Sin alteración
Y TEJIDOS BLANDOS: Sin alteración	GENITOURINARIO: Sin alteración

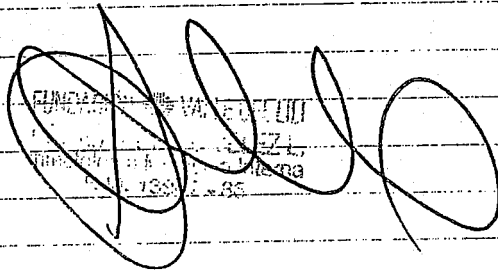
EL SUSCRITO NOTARIO VEINTINO (E)
DEL CIRCULO DE CALI
CERTIFICO
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
Santiago de Cali 17 NOV 2007
NOTARIO ENCARGADO
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

DIAGNOSTICO DE INGRESO: 1. Carcinoma de capullo ?	CODIGO DX. PRINCIPAL: C46.9
2. VIH	
3.	

2-02

infect

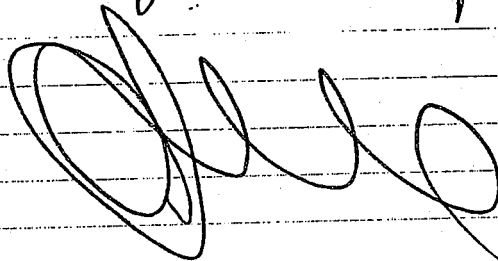
que le hicen lo de la sangre
con 12%, lo de la in-
leal asubit BNN-
el cual a consisten
47 TBC., un pulmón
BNC.



3-02

infect

BTAV, TBC., de la
Cura - poco Rep

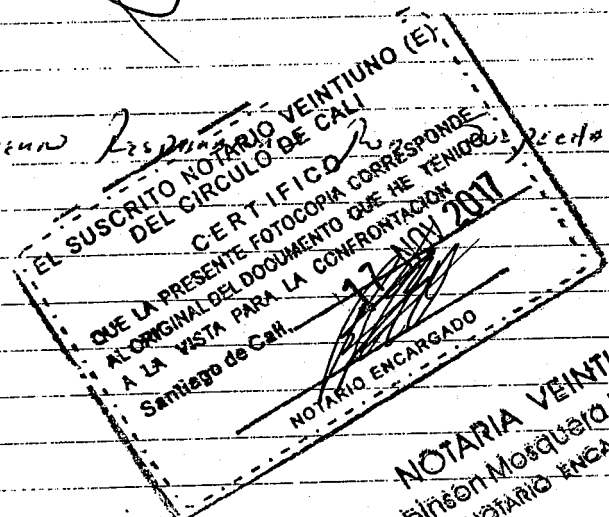


1-10-09 Comité De Infecciones

10:47 am. Paciente Que Requiere Hospitalización

TBC.

FUNDACION
VALDE DEL LILI
JHON JAIR ECHEVERRY M.
Auxiliar de Enfermería
Reg No 99-02406-4
COMITÉ DE INFECCIONES



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
Notario Encargado

INFECTOLOGIA
EVALUACION DE HOSPITALIZACION
Fecha: 2008.Nov.02

H.C.: 398781 - C.C.: 35.805.294 - Hab.: 602
Edad: 31 Años
DEYLUZ PRETEL VICTORIA

El día de ayer en las horas de la tarde le hicieron una biopsia ganglionar de los ganglios cervicales izquierdos, en microbiología las tinciones revelaron abundantes bacilos ácido alcohol resistentes. En este sentido en mi concepto el cuadro es consistente con una severa TBC, el diagnóstico diferencial es infección por otras micobacterias como micobacterium avium, sin embargo la probabilidad mayor es TBC y pienso que debe iniciar tratamiento para esta condición, los cultivos y otras pruebas están en proceso. Se obtuvieron exámenes adicionales entre ellas tinciones de materia fecal para criptosporidium negativo, coprológico negativo, antígeno sérico para criptococo negativo, antígeno superficial para hepatitis B negativo, VDRL no reactivo, LDH normal, albúmina 2.7, fosfatasa alcalina elevada en 346 para un valor normal hasta 126, PT y PTT normales. Decido iniciar entonces tratamiento antiTBC, dada esta situación pienso que no es prudente que continúe con el Kaletra, debe variarse el régimen a Efavirenz, le explico que esto inicialmente puede causar marcado sueño y mareo, se debe vigilar estrechamente por la efectividad y toxicidad de estos medicamentos. Por otro lado dado su peso en el momento en vez de 800 mg de Efavirenz decido que reciba 600 mg pero debe tener la precaución de que debe recibirlos con los alimentos a la hora de acostarse. También le explico la importancia de que sus hijos sean evaluados frente a esta situación. (Digitado por: Beatriz Elena Gomez Castañeda / Fecha: 2008.Nov.02)

Dr. JUAN DIEGO VELEZ LONDOÑO
Medicina Interna - Infectología
R.M. 13947- 86

INFECTOLOGIA
EVALUACION DE HOSPITALIZACION
Fecha: 2008.Nov.04

H.C.: 398781 - C.C.: 35.805.294 - Hab.: 602
Edad: 31 Años
DEYLUZ PRETEL VICTORIA

Paciente que está estable, tranquila y en general mejor, posteriormente en noviembre 01 en las horas de la tarde se hizo una biopsia de los ganglios cervicales izquierdos de la cual las tinciones para BK revelaron abundantes bacilos ácido alcohol resistentes. Los cultivos y pruebas de susceptibilidad están en proceso, su cuadro es consistente con una extensa TBC con compromiso muy amplio. Por otro lado venia tomando un régimen antirretroviral en donde venia tomando Kaletra, la combinación de Kaletra con el régimen antirretroviral ha mostrado tener una toxicidad significativa especialmente a nivel hepático y decidí cambiar el Kaletra por Efavirenz. La paciente hasta ahora ha tolerado estos medicamentos, está estable y un poco mejor aunque es una paciente desnutrida. Tiene hoy un hemograma con leucocitos 11.800, hemoglobina 8.1, plaquetas 763.000, creatinina 0.5, K 4.3, transaminasas normales, fosfatasa alcalina 251 para un valor normal hasta 126, LDH elevada en 748. En este sentido por ahora es prudente esperar un poco mas y ver en qué momento puede continuar manejo en su casa. Por otro lado es muy importante obtener pruebas de susceptibilidad de la TBC a los medicamentos antiTBC ya que proviene de Buenaventura, tiene una enfermedad por HIV, tiene una extensa TBC con una carga bacteriana muy elevada, todas estas condiciones favorecen la posibilidad de una resistencia a uno o varios medicamentos y en este sentido esta prueba debe ser obtenida rápidamente. (Digitado por: Beatriz Elena Gomez Castañeda / Fecha: 2008.Nov.04)

Dr. JUAN DIEGO VELEZ LONDOÑO
Medicina Interna - Infectología
R.M. 13947- 86

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)
DEL CIRCULO DE CALI
CERTIFICO
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
Santiago de Cali, 22 NOV 2007
NOTARIO ENCARGADO

NOTARIA VEINTIUNA
ROBINSON MOSQUERA HERNÁNDEZ
NOTARIO ENCARGADO



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

HOJA No.: 2

No. ENT : 1479 SELVASALUD S.A. EPS
PTE : PRETEL VICTORIA DEYLUZ
C.C. : CC-35805294
H.C. : 0398781 - 001
HAB : 602
MED : VELEZ L. JUAN DIEGO

1er Apellido

2o. Apellido

Nombre

FECHA

EVOLUCION HOSPITALIZACION

Nov. 4/08

NUTRICION

12:15 w.

Paciente de 31 años con DX. VIH(+).
Sarcoma de Capos? Queuxo V.G.S.
La paciente refiere que aquí está toleran-
do mejor la V.O. a pesar del dolor abdo-
minal. En el momento con deposiciones líquidas.
Reporte de electrolitos: normales. Alb: ↓ 2.7
g/dl. Fosfatasas ↑ 251.6. previa de 346
Requiere módulo proteico. para evitar mayor
deterioro de su estado nutricional.
Ajusto. dieta y doy recomendaciones.

[Signature]

Nov. 4-08 Educación a la pte

3:30

Se habla con la pte, tiene 3 hijos el mayor
14 años y el menor 3 años. y es de otra pareja
diferente, refiere que le hizo la prueba al niño
y salió negativa y que está pendiente repetir-
la. Se da información genl sobre el Dg y H
del VIH/SIDA, riesgos reales de infección en
la convivencia y sobre la sexualidad, refiere
que el momento está separada y que solo
vive con 3 de sus hijos. Se hace énfasis
en la importancia del H. Se entrega
información por escrito.

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNA (E) S.C.
DEL CIRCULO DE CALI
CERTIFICO
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
Santiago de Cali.

NOTARIO ENCARGADO

NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

COD. 040102374



**FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI**

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

HOJA No.:

No. Historia Clínica:

1er Analista

2do Analista

Nombre

INFECTOLOGIA
EVALUACION DE HOSPITALIZACION
Fecha: 2008.Nov.05

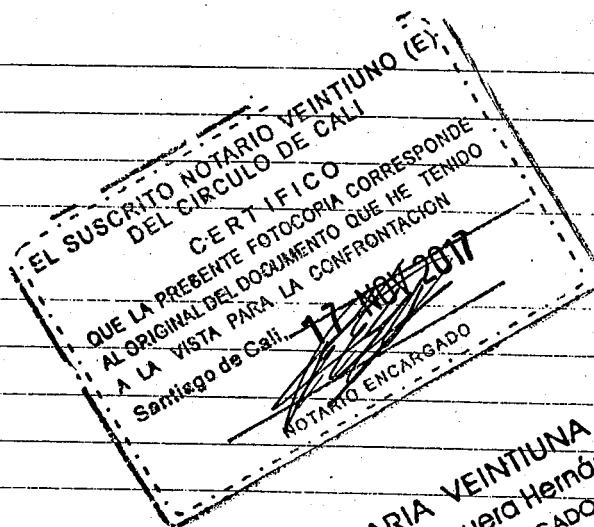
H.C.: 398781 - C.C.: 35.805.294 - Hab.: 602

Edad: 31 Años

DEYLUZ PRETEL VICTORIA

El día del egreso está estable, mejor, se le dio educación frente a la enfermedad por HIV y la TBC, el manejo de la situación, sus hijos, otros contactos y demás. También fue evaluada por nutrición quien hizo las recomendaciones del caso. La paciente tiene un peso en 43 kg, una estatura en 1.65 y se considera que su peso ideal es de 60 kg y tiene un IMC actual 15.7 consistente con una desnutrición importante. Le explico que debe tomar los medicamentos cumplidamente tal cual están escritos en las órdenes y debe asistir a las consultas y controles ordenados. Decidí variar el régimen antirretroviral, suspender el Kaletra y cambiarlo por Efavirenz debido a las interacciones con el régimen antirretroviral. Por otro lado tiene un peso bajo de 43 kg, y decidí usar una dosis de 600 mg diarios de Efavirenz en vez de los 800 mg usuales por esta razón y le explico que es importante que lo tome con los alimentos para compensar esta situación. Me gustaría volverla a ver en un mes con exámenes de control o antes si tiene algún otro problema. (Digitado por: Beatriz Elena Gomez Castañeda / Fecha: 2008.Nov.05)

Dr. JUAN DIEGO VELEZ LONDOÑO
Medicina Interna - Infectología
R.M. 13947- 86



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

INSTRUCTIVO

Diligencie Nombre y Apellidos del Paciente y número de Historia Clínica, de acuerdo con la hoja de Admisión.

Fecha: Corresponde al día en que se efectúa la valoración nutricional.

I. HISTORIA CLÍNICA:

1. **Cambio de peso:** Escriba en Kilogramo el cambio de peso presentado en los últimos 6 meses y determine el porcentaje de pérdida con relación al peso actual si este se conoce.

Marque con una X la opción correspondiente al cambio de peso presentado en las últimas dos semanas. Si durante este periodo el Paciente ha estabilizado su peso, clasifíquelo como B; si ha continuado la pérdida de peso, clasifíquelo como C.

Clasificación: A: Menos del 5% B: pérdida entre 5 y 10% C: pérdida >10%

2. **Cambios en la Ingesta dietaria:** Marque con una X la opción correspondiente a cambios ó no en la ingesta. Si hubo cambios, defina el tiempo de duración del cambio en numero de semanas y establezca el tipo de dieta recibida.

Criterios para definir el tipo de dieta:

- ☑ Sólida y/o líquida completa suficientes: Ingesta de alimentos suficiente en cantidad y calidad. (A)
- ☑ Sólida restringida: Incluye todo tipo de alimentos pero en poca cantidad. (B)
- ☑ Líquida Completa insuficiente: Abarca todos los alimentos en consistencia líquida pero con pobre contenido de nutrientes. (C)
- ☑ Líquida Clara: Incluye consomé, jugos en agua, gaseosas, té, café negro, gelatinas y bebidas hidratantes. (C)
- ☑ Se entiende como "Ayuno" el periodo en el cual el Paciente presentó ausencia total de alimentos o que solo ingirió agua o tisanas. (C)

Clasificación: La ingesta se clasifica de acuerdo al régimen actual (semana inmediatamente anterior a la hospitalización) según las definiciones anteriores.

3. **Síntomas Gastrointestinales:** Marque con X los síntomas que presente el Paciente durante una semana ó mas.

Clasificación: A: Ningún síntoma B: Diarrea - Náuseas C: Anorexia- Vómito

4. **Deterioro Funcional por desnutrición:** Marque con una X la opción correspondiente al estado actual del Paciente.

Clasificación: A: Ninguno - Ambulatorio B: Marcha con Limitación

5. Enfermedad y grado de estrés:

Grados de estrés:

- ☑ Severo y Moderado: Trauma craneo encefálico, sepsis, quemaduras mayores, cirugías mayores, politraumatizados, pancreatitis, ACV, Ca, HIV, enfermedad general con complicación. (C)
- ☑ Leve: Enfermedad general, cirugías rutinarias. (B)

II. EXAMEN FÍSICO

-Pérdida de grasa subcutánea:

Tríceps: Pellizque la piel a nivel del músculo tríceps, teniendo cuidado de tomar solo los depósitos de grasa situados directamente bajo la piel; si llega a encontrarse la punta de los dedos la pérdida de grasa es importante (C). Si la punta de los dedos no se tocan, existe un tejido adiposo subcutáneo importante (A).

Tórax: Cuando los espacios intercostales son claramente visibles el Paciente tiene desnutrición grave (C).

-Pérdida de Masa Muscular:

Sien:

- Aspecto plano sin hundimiento: A.
- Ligera depresión: B.
- Depresión evidente de la sien: C.

-**Hombro:** El Paciente deberá tener los brazos extendidos a lo largo del cuerpo:

- Hombros redondeados: A.
- Protrusión del Acromión evidente aunque no hombros cuadrados: B.
- Hombros cuadrados: C.

-**Cuadriceps:** Debe flexionar el Paciente la rodilla:

- Pequeña depresión a lo largo de la cara interna del muslo: B
- Depresión de músculos situados alrededor de la rodilla y de la cara interna del muslo: C





FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIDAD / SERVICIO _____

A. DATOS DE IDENTIFICACION

ENT : 1479 SELVASALUD S.A. EPS
PTE : PRETEL VICTORIA DEYLUZ
C.C. : CC-35805294
H.C. : 0398781 - 001
HAB :
MED : VELEZ L. JUAN DIEGO



1. NOMBRE DEL PACIENTE _____

2. HISTORIA CLINICA # _____

3. NOMBRE TECNICO DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR
Biopsia faja anillo

4. TIPO DE ANESTESIA (en caso de necesidad)
local

B. DECLARACION DEL PACIENTE

1. Se me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También se me han aclarado todas las dudas y se me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Además se me han explicado los riesgos posibles de la anestesia que se me va a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento va consistir en lo siguiente (en lenguaje sencillo):

Se va a hacer un uso del anillo
para Biopsia

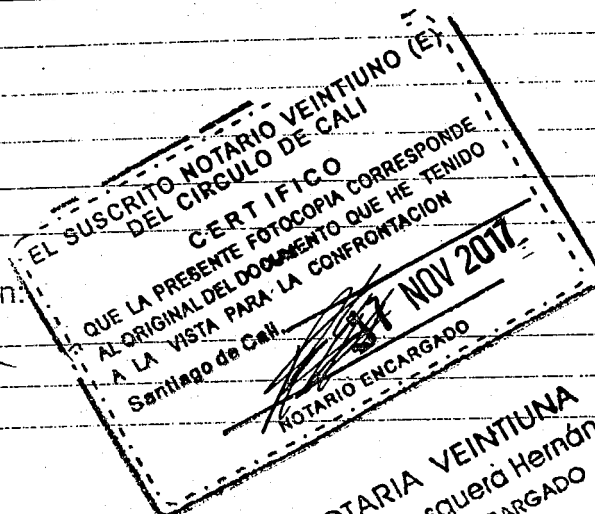
y que los posibles riesgos más importante son:

Sangrado Infección

Y que será realizada por el(los) doctor(es):

Angeles

2. Doy mi consentimiento para que se me efectué el procedimiento descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios durante la realización de éste, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.



NOTARIA VEINTIUNA
Roberto Mosquera Hernández
Notario Encargado

3. Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia señalada arriba, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas.
4. En cualquier caso deseo que se me respeten las siguientes condiciones. Si no hay condiciones escríbase ninguna. Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar: Muy
5. Entendiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

Firma del Paciente X Deliver Testigo
 Documento de ID 25805294 ID

C. DECLARACIONES Y FIRMAS

1. Médico(s) responsable(s): García
 He informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma del profesional(es) García
 documento de Ident. 624633

Fecha XI

2. Tutor legal o familiar: _____
 Sé que el paciente: _____
 Ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba.
 El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones.
 He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello YO:
 con documento de identidad: _____ doy mi consentimiento para que el doctor(a) (es): _____ y el personal auxiliar que (e) la(os) precise(n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma de familiares _____

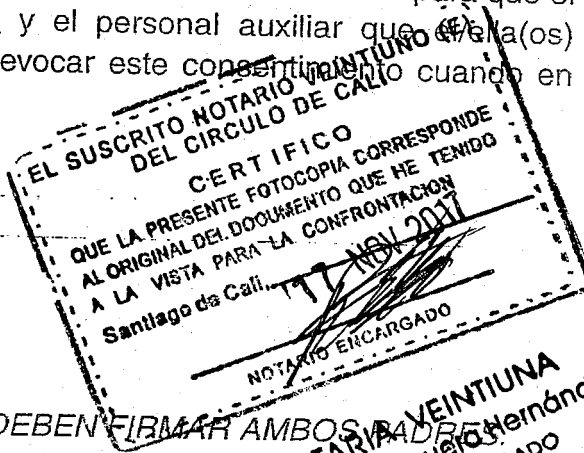
Parentesco _____

Testigo _____

Fecha _____

NOTA: EN EL CASO DE UN MENOR DE 18 AÑOS DEBEN FIRMAR AMBOS PADRES

D. LUGAR Y FECHA





FUNDACIÓN
CLÍNICA VALLE DEL LILI
UNIDAD QUIRÚRGICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Pieter	Victoria	Deyla Z
N° H.C. 398781		

HOJA DE ENFERMERÍA DE CIRUGÍA

REGISTRO PERIOPERATORIO

FECHA	aaaa	mm	dd
	2008	11	01

TIPO PACIENTE	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO	X
---------------	-------------	---------------	---

EDAD: 31	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICO: TBC?	PROCEDIMIENTO: Bx Ganglio Pericard
----------	--	-------------------	------------------------------------

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HIV(+)-Sind linfoproliferativo -Dolor Abdominal
Sarcoma Kaposi

ALERGIAS:

MEDICACIÓN ACTUAL:

SIGNOS VITALES:	T.A. 96/57	F.C. 64	SaO ₂ 97	PESO	TALLA
-----------------	------------	---------	---------------------	------	-------

PREPARACIÓN PRE-QUIRÚRGICA

LISTA DE CHEQUEO				EXÁMENES DIAGNÓSTICOS	
	SI	NO		SI	NO
Autorización Administrativa		✓	Prótesis retiradas		
Valoración Pre-anestésica		✓	Enemas		
Consentimiento Informado	✓		Rasurado		
Consentimiento Anestesiología		✓	Desinfección de piel		
H.C. otra institución		✓	Pre-medicación		
Preparación y ayuno (Nº horas):		✓	Otros		
Historia clínica antigua	✓				
Brazalete de identificación	✓				
Equipos pertenencia del paciente		✓			
Uñas despintadas					
Joyas retiradas					

Grupo sanguíneo:
Cuadro Hemático:
Química sanguínea:
Pruebas de coagulación:
ECG:
Glucometría:
Reserva de sangre 0
Rayos X:

OBSERVACIONES: Se envia Hc antigua - Hora 4 este

EL SUSCRITO NOTARIO VENTINIANO (E)
DEL CÍRCULO DE CALI
CERTIFICO
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
Sanlago de Cali
NOTARIO ENCARGADO
NOV 2017
NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

Firma y sello enfermera:

FUNDACION
CLINICA VALLE DEL LILI
MAYRA ALEJANDRA ALZATEC
ENFERMERA

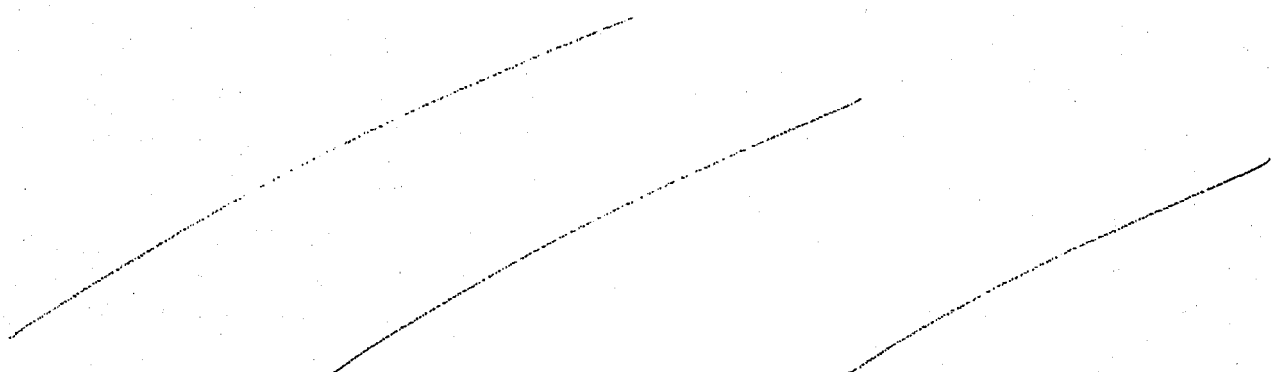
Cirugía Ambulatoria

NOTARIO ENCARGADO

Robinson Mosquera Hernández

NOTARIO ENCARGADO

STICKERS IMPLANTES



W-1-2008

NOTAS ENFERMERÍA:

ingresa PTE despierta, caluroso, orientado en T. y P. trae una canaliza con esteon de anestesia, ampliado permeable, se pasa a tubero ox se coloca monitoria basico, placa electrobistary, mucosa ex greva alpeira, infiltracion la cual termina sin. complicacion. Se pasa a recuperacion fase II. despierta, caluroso H₂O ex cubierta. Sin sangrado, hematomas.

Recuperacion - Fase III Becho pte. Despierta, orientada, transequila. Con Leng. periferica con extension. Herida con en Cuello con microper. Sin sangrado. ni hematoma se deja Hecho local Hemodinamicamente estable. pendiente entregar al piso 1500

TA = 100/56. 170

FC = 84 x1

Sat = 98%

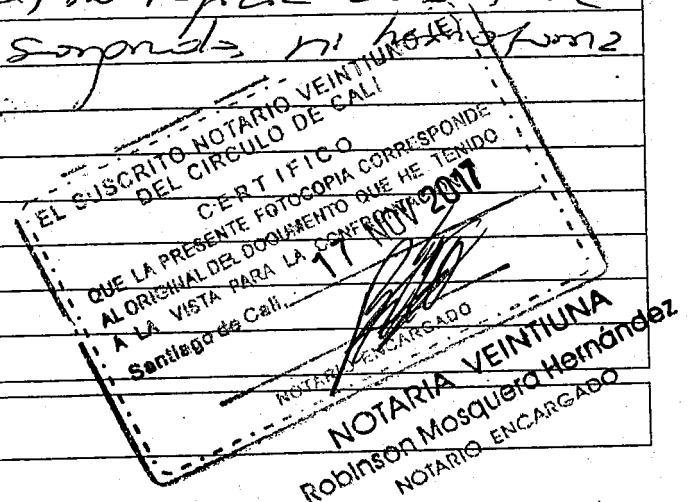
1500

TA = 93/62 n. 73

F.C 77 x1

Sat 98%

1600 paciente estable, tranquilo, no refiere dolor. Se entrega al 5to piso. Sin sangrado ni hematoma y postero/ si trisulda con



Firma y sello enfermera:

HOJA QUIRÚRGICA INTRA-OPERATORIA

SALA Nº	PROCEDIMIENTO
1	Bx de Ganglio Cervical

INGRESO AL QUIRÓFANO					
TIEMPO QX INGRESO	HORA MILITAR	PERSONAL QUIRÓFANO			
Ingreso quirófano	14:53	CIRUJANO	Dr. Astrabe	INSTRUMENTADOR(a)	Sellen
Inicio anestesia	/	AYUDANTE(S)	—	AUXILIAR DE ENFERMERIA EN ANESTESIA	Coco A
Inicio cirugía	14:55	ANESTESIÓLOGO	—	AYUDANTE DE ENFERMERIA	—

SIGNOS VITALES ENTRADA QUIRÓFANO			TIPO DE ANESTESIA	
T.A. 100 / 62	F.C. x1	SpO ₂ 98 %	local	

MONITORÍA INVASIVA	UBIC. ANATOM.	MONITORÍA INVASIVA	UBIC. ANATOM.
Catéter central (2 - 3 Lúmen)		Sonda Vesical	
Swan Ganz		Sonda nasogástrica	
Introducción		Catéter Peridural	
Línea Arterial		Otros:	
Vena Periférica	uist		

MUESTRAS TOMADAS		
PATOLOGÍA	CITOLOGÍA	CULTIVOS
ganglio Cervical		
/	/	/

CONTEO DE COMPRESAS							
ELEMENTOS	CONTEO INICIAL	ELEMENTOS ADICIONALES	CONTEO INTERMEDIO	CONTEO FINAL	CORRECTO	INCORRECTO	NOMBRE
GASAS							
COMPRESAS							
TORUNDAS							
AGUJAS							
HOJAS DE BISTURÍ							
OTROS							

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNA (E) DEL CÍRCULO DE CALI
 CERTIFICO
 QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
 Santiago de Cali, 14 de NOV 2011
 NOTARIO ENCARGADO
 NOTARIA VEINTIUNA
 Robinson Mosquera Hernández
 NOTARIO ENCARGADO

EN CASO DE EMPAQUETAMIENTO:

Nº GASAS:	Nº COMPRESAS	LOCALIZACIÓN:	CONTEO NO EFECTUADO:



Nombres : **DEYLUZ**
Apellidos : **PRETEL VICTORIA**
Identif./Hist. : **35805294 398781**
Sexo/F.Nac : **Femenino 22/05/1977**
Dirección : **BUENAVENTURA**

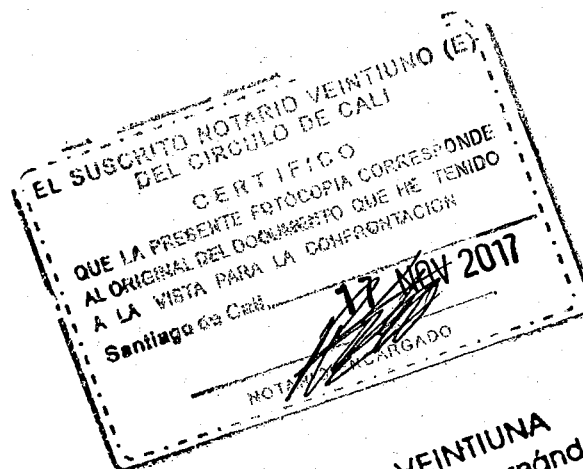
No.Muestra: **081031/0621**
Ubicación: **URGENCIAS**
Solicitante: **RAMIREZ ZULUAGA LUIS FERNANDO**
Convenio : **SELVASALUD S.A. EPS**
Tel.: **4039644**

Ingreso: **31/Oct/2008 - 16:44**
Fecha de Imp: **31/Oct/2008 - 17:27**

ANÁLITO / PARAMETRO	RESULTADO / INTERPRETACION	UNIDAD DE MEDIDA	INTERVALOS DE REFERENCIA
MONOCITOS	8	%	
EOSINOFILOS	2	%	

VERIFICADO Y FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR:

Bacterióloga Adriana Loaiza G. Reg. 28007-98



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

Nombre : **DEYLIZ PRETEL VICTORIA**

Identificación : **35805294**

No. Historia : **398781**

Sexo/Fec.Nac **Femenino 22/05/1977**

Dirección : **BUENAVENTURA**

Teléfono : **4013841**

Registro : **081101/0529**

Ingreso: **01/11/2008 - 20:13**

Informe: **03/11/2008 - 21:30**

Ubicación: **HOSPI.SEXTO PISO / 602**

Solicitante: **VELEZ L. JUAN DIEGO**

Convenio : **SELVASALUD S.A. EPS**

MICROBIOLOGIA

**HEMOCULTIVO PARA BACTERIAS
AEROBIAS**

RESULTADO

OBSERVACIONES

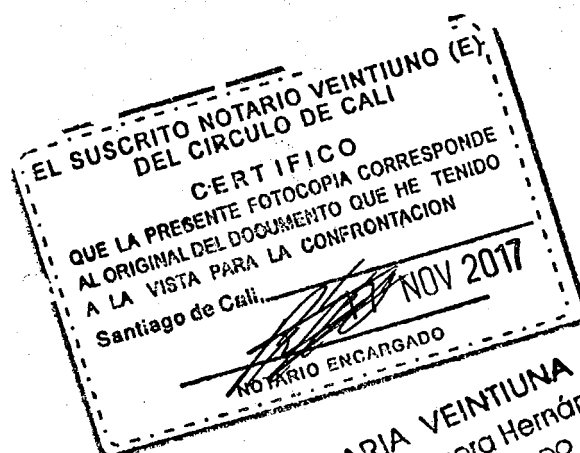
Negativo

Negativo hasta la fecha

HEMOCULTIVO #1

Bacterióloga Monica Recalde Bolaños, Reg. 21-124


VERIFICADO Y FIRMADO
ELECTRONICAMENTE POR:



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

Nombre : **DEYLUZ PRETEL VICTORIA**
Identificación : **35805294**
No. Historia : **398781**
Sexo/Fec.Nac **Femenino 22/05/1977**
Dirección : **BUENAVENTURA**
Teléfono : **4013841**

Registro : **081101/0531**
Ingreso: **01/11/2008 - 20:15**
Informe: **03/11/2008 - 21:30**
Ubicación: **HOSPI.SEXO PISO / 602**
Solicitante: **VELEZ L. JUAN DIEGO**
Convenio : **SELVASALUD S.A. EPS**

MICROBIOLOGIA

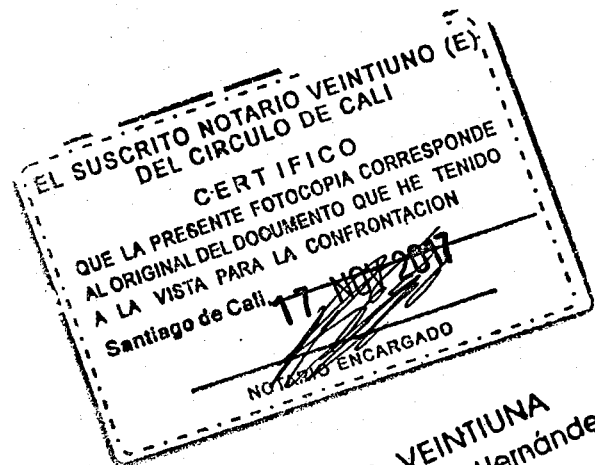
**HEMOCULTIVO PARA BACTERIAS
AEROBIAS**

**RESULTADO
OBSERVACIONES**

Negativo
Negativo hasta la fecha
HEMOCULTIVO #2

**VERIFICADO Y FIRMADO
ELECTRONICAMENTE POR:**

Bacterióloga Monica Recalde Bolaños, Reg. 21-124



**NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO**



Nombre : **DEYLIZ PRETEL VICTORIA**
Identificación : **35805294**
No. Historia : **398781**
Sexo/Fec.Nac **Femenino 22/05/1977**
Dirección : **BUENAVENTURA**
Teléfono : **4013841**

Registro : **081101/0508**
Ingreso: **01/11/2008 - 19:28**
Informe: **01/11/2008 - 21:08**
Ubicación: **HOSPI.SEXTO PISO / 602**
Solicitante: **VELEZ L. JUAN DIEGO**
Convenio : **SELVASALUD S.A. EPS**

MICROBIOLOGIA

CRIPTOCOCO ANTIGENO

TIPO DE MUESTRA:

RESULTADO:

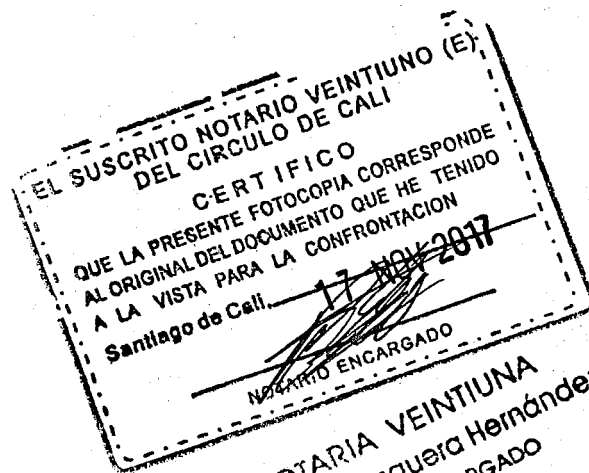
VERIFICADO Y FIRMADO

ELECTRONICAMENTE POR:

SUERO

Negativo

Bacteriólogo German Mauricio Vega C. Reg. 7620-41



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI

eficiencia en Salud al Servicio de la comunidad

Av. Simón Bolívar Cra. 98 No. 18 - 49 Comendador. 331 9090 Fpx: 315 1257
Cali - Colombia. A.A. 020338. Nit. 890324177-5

Unidad de Laboratorio
Clínico y Patología



Nombres : DEYLUZ
Apellidos: PRETEL VICTORIA
Ident./Hist.: 35805294 398781
Sexo/F.Nac: Femenino 22/05/1977
Dirección: BUENAVENTURA

No.Muestra: 081101/0508
Ubicación: HOSPI.SEXTO PISO / 602
Solicitante: VELEZ L. JUAN DIEGO
Convenio: SELVASALUD S.A. EPS
Tel.: 4013841

Ingreso: 01/Nov/2008 - 19:28
Fecha de Imp: 01/Nov/2008 - 21:04

ANALITO /
PARAMETRO

RESULTADO /
INTERPRETACION

UNIDAD
DE MEDIDA

INTERVALOS
DE REFERENCIA

PRUEBAS INFECCIOSAS

HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE HBsAg

3A por micropartículas - MEIA
RESULTADO

0,82

S/N

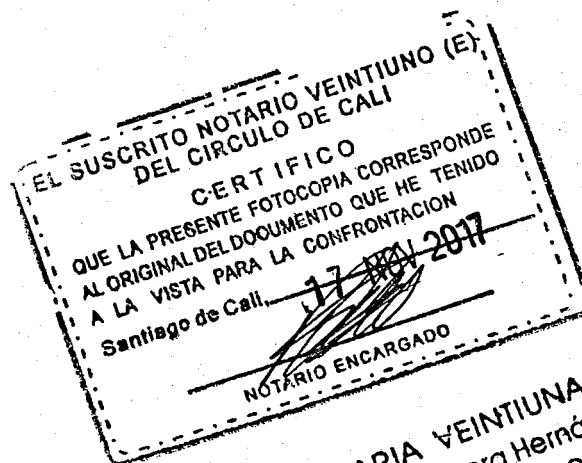
REACTIVO Superior a
2,00

INTERPRETACION

NEGATIVE

PUNTO DE CORTE

2,00



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO



Nombres : **DEYLIZ**
Apellidos : **PRETEL VICTORIA**
Identi./Hist. : **35805294 398781**
Sexo/F.Nac : **Femenino 22/05/1977**
Dirección : **BUENAVENTURA**

No.Muestra: **081101/0508**
Ubicación: **HOSPI.SEXO PISO / 602**
Solicitante: **VELEZ L JUAN DIEGO**
Convenio : **SELVASALUD S.A. EPS**
Tel.: **4013841**

Ingreso: **01/Nov/2008 - 19:28**
Fecha de Imp: **01/Nov/2008 - 20:39**

ANALITO /
PARAMETRO

RESULTADO /
INTERPRETACION

UNIDAD
DE MEDIDA

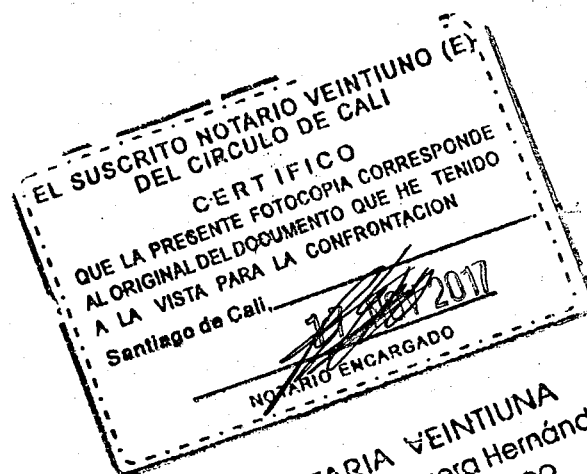
INTERVALOS
DE REFERENCIA

PRUEBAS INFECCIOSAS

SEROLOGIA

Jo: Aglutinación de Partículas de Latex

NO REACTIVA



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

602

796

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

Atención en Salud al Servicio de la comunidad

Av. Simón Bolívar Cra. 98 No. 18 - 49 Comunal. 331 8090 Fax: 315 1257
Cali - Colombia. A.A. 020338. Nit. 890324177-5

Unidad de Laboratorio Clínico y Patología



Nombres : DEYLUZ
Apellidos: PRETEL VICTORIA
Ident./Hist. : 35805294 398781
Sexo/F.Nac : Femenino 22/05/1977
Dirección : BUENAVENTURA

No.Muestra: 081101/0508
Ubicación: HOSPI.SEXO PISO / 602
Solicitante: VELEZ L. JUAN DIEGO
Convenio : SELVASALUD S.A. EPS
Tel.: 4013841

Ingreso: 01/Nov/2008 - 19:28
Fecha de Imp: 01/Nov/2008 - 20:20

ANÁLITO / PARAMETRO

RESULTADO / INTERPRETACION

UNIDAD DE MEDIDA

INTERVALOS DE REFERENCIA

QUIMICA

FOSFATASA ALCALINA

Método Reflectancia - Química Seca

346,3

U/L

38,0 - 126,0

ALBUMINA

Método Reflectancia - Química Seca

2,7

g/dL

3,5 - 5,0

URESIDROGENASA LACTICA

Método Reflectancia - Química Seca

595,0

U/L

313,0 - 618,0





0034

Nombres : **DEYLUZ**
Apellidos : **PRETEL VICTORIA**
Identi./Hist. : **35805294** **398781**
Sexo/F.Nac : **Femenino** **22/05/1977**
Dirección : **BUENAVENTURA**

No.Muestra: **081101/0508**
Ubicación: **HOSPI.SEXTO PISO / 602**
Solicitante: **VELEZ L. JUAN DIEGO**
Convenio : **SELVASALUD S.A. EPS**
Tel.: **4013841**

Ingreso: **01/Nov/2008 - 19:28**
Fecha de Imp: **01/Nov/2008 - 20:03**

ANALITO /
PARAMETRO

RESULTADO /
INTERPRETACION

UNIDAD
DE MEDIDA

INTERVALOS
DE REFERENCIA

HEMATOLOGIA

TIEMPO DE PROTROMBINA

(Met. Coagulometría Óptica)

TIEMPO DE PROTROMBINA-CA1500

11,0

s

9,0 - 13,0

INR

1,00

CONTROL NORMAL

11,0

s

ISI

1.12

VERIFICADO Y FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR:

Bacterióloga Gloria L. Castaño A. , Reg.2304-93

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA

(Met. Coagulometría Óptica)

34,9

s

20,0 - 40,0

CONTROL NORMAL

28

TECNICA

Método: Coagulometría Óptica



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO



Nombre : **DEYLUZ PRETEL VICTORIA**
Identificación : **35805294**
No. Historia : **398781**
Sexo/Fec.Nac **Femenino 22/05/1977**
Dirección : **BUENAVENTURA**
Teléfono : **4013841**

Registro : **081102/0014**
Ingreso: **02/11/2008 - 00:50**
Informe: **02/11/2008 - 02:05**
Ubicación: **HOSPI.SEXO PISO / 602**
Solicitante: **VELEZ L. JUAN DIEGO**
Convenio :

0020035

TINCION PARA CRIPTOSPORIDIUM

TIPO DE MUESTRA:

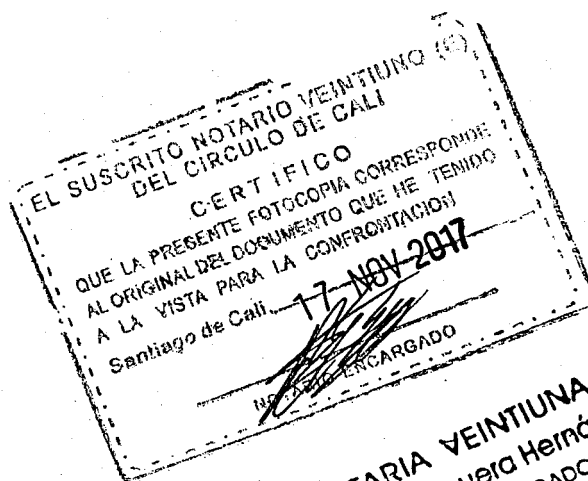
VERIFICADO Y FIRMADO
ELECTRONICAMENTE POR:

MICROBIOLOGIA

MATERIA FECAL

Negativo

Bacteriólogo German Mauricio Vega C. Reg. 7620-41



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO



Nombres : DEYLUZ
Apellidos: PRETEL VICTORIA
Identi./Hist.: 35805294 398781
Sexo/F.Nac: Femenino 22/05/1977
Dirección : BUENAVENTURA

No.Muestra: 081102/0014
Ubicación: HOSPI.SEXTO PISO / 602
Solicitante: VELEZ L. JUAN DIEGO
Convenio :
Tel.: 4013841

Ingreso: 02/Nov/2008 - 00:50
Fecha de Imp:02/Nov/2008 - 01:59

ANALITO /
PARAMETRO

RESULTADO /
INTERPRETACION

UNIDAD
DE MEDIDA

INTERVALOS
DE REFERENCIA

ORINAS Y LIQUIDOS CORPORALES

COPROLOGICO

Método: Microscopía...
CONSISTENCIA

FLORA INTESTINAL

PARASITOS INTESTINALES

OBSERVACIONES

VERIFICADO Y FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR:

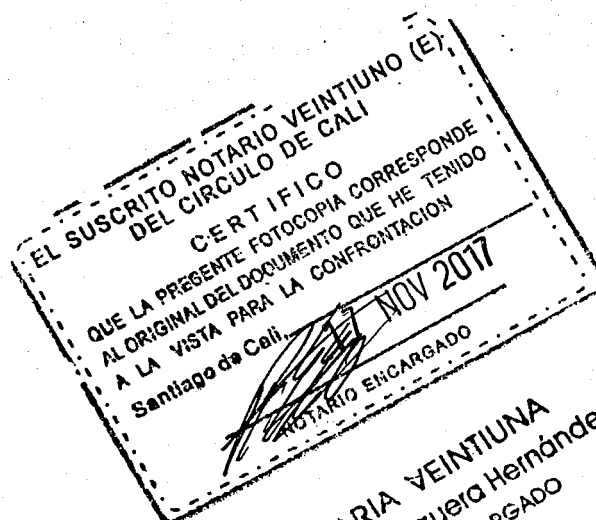
BLANDA

Normal

NO SE OBSERVAN PARASITOS INTESTINALES EN LA
PREPARACION

ALMIDONES:+

Bacteriólogo German Mauricio Vega C. Reg. 7620-41



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Masquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO



Código 05053-1
NICOSHAS 180403000

Código N° 821-1
NTC-ISO 9001 2000

Código SA 171-1
NTC-ISO 14001 2004

Nombres : **DEYLUZ**
Apellidos: **PRETEL VICTORIA**
Identif./Hist. : **35805294** **398781**
Sexo/F.Nac : **Femenino** **22/05/1977**
Dirección : **BUENAVENTURA**

No.Muestra: **081104/0152**
Ubicación: **HOSPI.SEXTO PISO / 602**
Solicitante: **VELEZ L JUAN DIEGO**
Convenio : **SELVASALUD S.A. EPS**
Tel.: **4013841**

Ingreso: **04/Nov/2008 - 05:27**
Fecha de Imp: **04/Nov/2008 - 06:32**

**ANALITO /
PARAMETRO**

**RESULTADO /
INTERPRETACION**

**UNIDAD
DE MEDIDA**

**INTERVALOS
DE REFERENCIA**

QUIMICA

CREATININA

Método Reflectancia - Química Seca

0,54

mg/dL

Nueva estandarización
cambio valor de
referencia 0,52 - 1,04

POTASIO EN SANGRE

Método Ión Selectivo Directo

4,33

mmol/L

3,60 - 5,00

ASPARTATO AMINOTRANSFERASA

Método Reflectancia - Química Seca

23,8

U/L

14,0 - 36,0

ALANINO AMINOTRANSFERASA

Método Reflectancia - Química Seca

9,5

U/L

9,0 - 52,0

FOSFATASA ALCALINA

Método Reflectancia - Química Seca

251,6

U/L

38,0 - 126,0

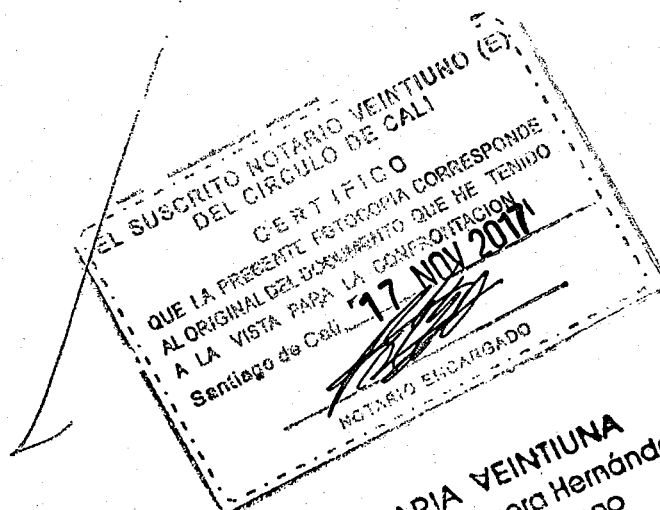
ISHIIDROGENASA LACTICA

Método Reflectancia - Química Seca

748,0

U/L

313,0 - 618,0



NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

602

85

0000035

FECHA : 01/11/2008 04:47
H.C. : 398781
EDAD : 31 Años.
SEXO : FEMENINO
HABIT. : 602
DX :

PACIENTE : DEYLUZ PRETEL VICTORIA - 35805294
REMITIDO : JUAN DIEGO VELEZ LONDOÑO MD.
ENTIDAD : SELVASALUD S.A. EPS
ORIGEN : HOSPITALIZADO
IMPR. DX : -

Digitado por: NCG, 03/11/2008 11:55

ESTUDIO: RX DE TORAX EN AP Y LATERAL

Siluetas cardioaórtica de tamaño y morfología normales.

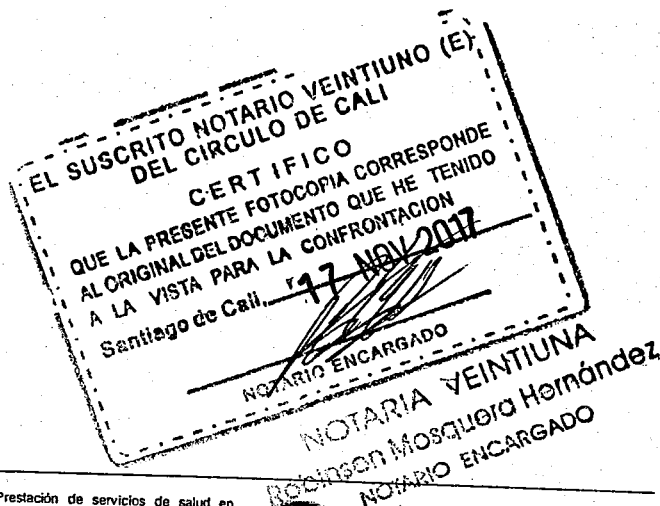
La transparencia, expansión y vascularización pulmonares son satisfactorias, sin evidencia de lesiones nodulares ni infiltrados parenquimatosos de ningún tipo. Espacios pleurales libres.

Tráquea, mediastino y estructuras óseas sin alteraciones.

OPINIÓN:

ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES.

MAURICIO MEJÍA GONZÁLEZ
MEDICO RADIOLOGO
RM. 5700-90



1 Fundación Valle del Lili: Prestación de servicios de salud en Urgencias, Imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Patología, Cardiología no Invasiva, Terapia Respiratoria, Rehabilitación, Medicina Nuclear, Hemodinamia, Endoscopia, Trasplante de Médula Ósea, Oncología Clínica, Consulta Externa, Hospitalización, Cuidado Intensivo e Intermedio Adulto, Pediátrico y Neonatal, Radioterapia, Sala de Partos, Cirugía, Cirugía Cardiovascular, Programa de Trasplante de Órganos (Hepático, Renal, Páncreas y Corazón) en los niveles I, II, III, IV; Instituto de Investigaciones Clínicas y docencia médico-asistencial en convenio con Universidades. 2 Centro Médico de Especialistas: Prestación de servicios de salud en Consulta Externa, Rehabilitación, Odontología, Toma de muestras de Laboratorio y Electrocardiogramas.



Avenida Simón Bolívar Cra. 98 No 18-49
Commutador: 331 90 90
Fax: 331 67 28 /
Apartado Aéreo 020338
Cali - Colombia
www.valledellili.org

1. CADA VEZ QUE FORMULE UTILICE SECCIONES COMPLETAS DE LA ORDEN MÉDICA.
2. PARA CADA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL SE REQUIERE UNA SECCIÓN SEPARADA EN LA HOJA DE ORDENES MÉDICAS.
3. CADA VEZ QUE FORMULE DEBE HACERLO EN DENOMINACIÓN COMUN INTERNACIONAL (GENÉRICO) INDICANDO CONCENTRACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, DOSIS Y FRECUENCIA, DECRETO 2200 DE JUNIO DE 2005 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

FECHA HORA

1 1-ma 12h
2
3 ① Acetamin 500 mg + codeina - 8h
4 L R 28h.
5
6 ② Rb Igul
7
8
9
10
11



ENT : 1479 SELVASALUD S.A. EPS
PTE : PRETEL VICTORIA DEYLUZ
C.C. : CC-35805294
H.C. : 0398781 - 001
MED : VELEZ L. JUAN DIEGO

FECHA HORA

1 1-ma
2
3 - LDH
4 - Poina hildena
5 - ABODJ
6 - on la selva pro enlocas
7 - UDRC
8 - Amos 1h para Hg 2
9 micobact Az.
10 - Eog-t x 3 para Hg
11 en 1h

IDENTIFICACION

FECHA HORA

1 1-ma
2
3 R 2 70 us PD
4
5
6
7
8
9
10
11

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)
DEL CÍRCULO DE CALI
CERTIFICO
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
Santiago de Cali.
NOTARIO ENCARGADO
NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mucivera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

1. CADA VEZ QUE FORMULE UTILICE SECCIONES COMPLETAS DE LA ORDEN MÉDICA.
 2. PARA CADA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL SE REQUIERE UNA SECCIÓN SEPARADA EN LA HOJA DE ORDENES MÉDICA.
 3. CADA VEZ QUE FORMULE DEBE HACERLO EN DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (GENÉRICO) INDICANDO CONCENTRACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, DOSIS Y FRECUENCIA. DECRETO 2200 DE JUNIO DE 2005 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

FECHA HORA

1. l-mu
 2.
 3. p.t.
 4.
 5. p.t.t.
 6.
 7. n-bu-u
 8.
 9. coquelico
 10.
 11. Du de mater Fical p.c.
 cyb-go risk.

RECIBO
 22/03/2011
 14:30



ENT : 1479 SELVASALUD S.A. EPS
 PTE : PRETEL VICTORIA DEYLUZ
 C.C. : CC-35805294
 H.C. : 0398781 - 001
 HAB : 602
 MED : VELEZ L. JUAN DIEGO

FECHA HORA

1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 8.
 9.
 10.
 11.

Handwritten signature

EL SUSCRITO NOTARIO VEIN
 DEL CIRCULO DE CALI
 CERTIFICO
 QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
 AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
 A LA VISTA PARA LA
 Santiago de Cali.
 22/03/2011
 NOTARIO ENCARGADO

IDENTIFICACION

FECHA HORA

1. l-mu
 2.
 3. amlam + uquata hup
 4. Don se decau
 5. MOC
 6.
 7.
 8.
 9.
 10.
 11.

Handwritten signature

NOTARIA VEI U A
 NOTARIO ENCARGADO

IDENTIFICACION

1. CADA VEZ QUE FORMULE UTILICE SECCIONES COMPLETAS DE LA ORDEN MÉDICA.
 2. PARA CADA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL SE REQUIERE UNA SECCIÓN SEPARADA EN LA HOJA DE ORDENES MÉDICAS.
 3. CADA VEZ QUE FORMULE DEBE HACERLO EN DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (GENÉRICO) INDICANDO CONCENTRACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, DOSIS Y FRECUENCIA, DECRETO 2205 DE JUNIO DE 2005 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

FECHA HORA

1 2-na m f u t o

2
 3 ① Susp Keflex

4
 5 ② Eran ~~800 mg~~
 6 600 mg en la
 7 comida al acostarse

8 ③ Inicia Ho anti TBc anti:
 10 Tabl. combin anti TBc
 11 3 pnt día



ENT : 1479 SELVASALUD S.A. EPS
 PTE : PRETEL VICTORIA DEYLUZ
 C.C. : CC-35805294
 H.C. : 0398781 - 001
 HAB : 602
 MED : VELEZ L. JUAN DIEGO

FECHA HORA

1 ④ Inicia 2da

2
 3 ⑤ sup Ann. Nidina

4
 5 ⑥ original 2da

6 ⑦ RTI Ig

[Handwritten signature]

FECHA HORA

1 2-na

2
 3 2da m f u t o

[Handwritten signature]
 EL SUSCRIBIDO NOTARIO VEINTIUNO (E)
 DEL CÍRCULO DE CALI
 CERTIFICO
 QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
 AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
 A LA VISTA PARA LA CONFRONTACIÓN
 Santiago de Cali
 11 NOV 2017
 ENCARGADO

IDENTIFICACION

IDENTIFICACION

0000044

590

1. CADA VEZ QUE FORMULE UTILICE SECCIONES COMPLETAS DE LA ORDEN MEDICA.
2. PARA CADA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL SE REQUIERE UNA SECCION SEPARADA EN LA HOJA DE ORDENES MEDICAS.
3. CADA VEZ QUE FORMULE DEBE HACERLO EN DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL (GENERICO) INDICANDO CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA, VIA DE ADMINISTRACION, DOSIS Y FRECUENCIA, DECRETO 2200 DE JUNIO DE 2005 MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.

FECHA HORA

3-nov

INT

① Igle.

FUNDACION VALLE DEL LILI
NATHALIA CRUZ ORSALES
ENFERMERA
3000

FUNDACION VALLE DEL LILI
DR. JUAN V. VELEZ L.
Medico Interno
S.M. 133

FUNDACION VALLE DEL LILI
ANA BOLIVIA RUIZ
ENFERMERA

IDENTIFICACION

FECHA HORA

3-nov

manana:

timogran

20T

2 LT

F. n. Valera

LDH

K

Autismo

FUNDACION VALLE DEL LILI
NATHALIA CRUZ ORSALES
ENFERMERA

FUNDACION VALLE DEL LILI
ANA BOLIVIA RUIZ
ENFERMERA

ENT : 1479 SELVASALUD S.A. EPS
PTE : PRETEL VICTORIA DEYUJ
C.C. : CC-35805294
H.C. : 0398781 - 001
HAB : 602
MED : VELEZ L. JUAN DIEGO

FECHA HORA

4-nov

INT

①

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)
DEL CIRCULO DE CALI
CERTIFICO
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
Santiago de Cali.
NOV 2017
NOTARIO ENCARGADO

NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO
NIT. 890.321.151-0 4479

IDENTIFICACION

1. CADA VEZ QUE FORMULE UTILICE SECCIONES COMPLETAS DE LA ORDEN MEDICA.
2. PARA CADA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL SE REQUIERE UNA SECCION SEPARADA EN LA HOJA DE ORDENES MEDICAS.
3. CADA VEZ QUE FORMULE DEBE HACERLO EN DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL (GENÉRICO) INDICANDO CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA, VIA DE ADMINISTRACION, DOSIS Y FRECUENCIA, DECRETO 2200 DE JUNIO DE 2005 MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.

FECHA HORA

4-02-00.

① Efav 600 mg dia con (c) con No.

② Vamir 1 TB 9/124.

③ Votacain 1 TB 9/124.

④ An 40 y s de a

⑤ An 40 y s de a 3 TB de a

FECHA HORA

⑥ An 40 y s de a

⑦ An 40 y s de a

FUNDACION
VALLE DEL LILI
12-000

[Handwritten signature]

FECHA HORA

4-02-00.

Fuente de la vida

que sea de tranquilidad

que sea de tranquilidad

que sea de tranquilidad

que sea de tranquilidad

EL SUSCRITO NOTARIO VENTURO (E)
DEL CIRCULO DE CALI
CERTIFICADO
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
Santiago de Cali.
NOV 2017
NOTARIA VEINTENA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

Cod. 02001002

1. CADA VEZ QUE FORMULE UTILICE SECCIONES COMPLETAS DE LA ORDEN MÉDICA
 2. PARA CADA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL SE REQUIERE UNA SECCION SEPARADA EN LA HOJA DE ORDENES MEDICAS
 3. CADA VEZ QUE FORMULE DEBE HACERLO EN DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL (GENERIC) INDICANDO CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA, VIA DE ADMINISTRACION, DOSIS Y FRECUENCIA. DECRETO 2200 DE JUNIO DE 2005 MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

FECHA HORA

1 4-NOV
 2
 3 Lencian & Mayur Plata
 4
 5 FUNDACION VALLE DEL LILI
 6 ANDRÉS SÁENZ
 7
 8
 9
 10
 11

IDENTIFICACION

FECHA HORA

1 NOV. 4/08 NUTRICION
 2 12:15 w. D. / OX EDA TC.
 3 + 4 medidas de Casibonfolia
 4 + Jugo am, pur.
 5
 6 FUNDACION VALLE DEL LILI
 7 ANDRÉS SÁENZ
 8 13:00
 9
 10
 11

ENT : 1479 SELVASALUD S.A. EPS
 PTE : PRETEL VICTORIA DEYLUZ
 C.C. : CC-35805294
 H.C. : 0398781 - 001
 HAB : 602
 MED : VELEZ L. JUAN DIEGO

FECHA HORA

1 NOV. 4/08
 2 12:15 w. NUTRICION
 3
 4
 5 Casibon Caja x 250 g
 6
 7 - Justificado -
 8 Favor enviar al servicio de alimentación
 9 FUNDACION VALLE DEL LILI
 10 ANDRÉS SÁENZ
 11 13:00

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)
 DEL CIRCULO DE CALI
 CERTIFICO
 QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
 AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
 A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
 Santiago de Cali.
 NOTARIO ENCARGADO

NOTARIA VEINTIUNA
 Robinson Mosquera Hernández
 NOTARIO ENCARGADO

IDENTIFICACION



0000046

1. CADA VEZ QUE FORMULE UTILICE SECCIONES COMPLETAS DE LA ORDEN MÉDICA.
2. PARA CADA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL SE REQUIERE UNA SECCIÓN SEPARADA EN LA HOJA DE ORDENES MÉDICAS.
3. CADA VEZ QUE FORMULE DEBE HACERLO EN DENOMINACIÓN COMUN INTERNACIONAL (GENÉRICO) INDICANDO CONCENTRACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, DOSIS Y FRECUENCIA. DECRETO 2200 DE JUNIO DE 2005 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

FECHA HORA

5-nov

infect

Falta de la urolin de
punto de sensibilidad para
mizoban (1 y 2 Pae) => Ek
proceder a de Ros

FUNDACION
VALLE DEL LILI

IDENTIFICACION

24467
398718
602

FECHA HORA

5-nov

infect

MTA una un dispoña de los
medicamentos para uso ambulatorio

FUNDACION
VALLE DEL LILI

IDENTIFICACION

FECHA HORA

5-XI-2008

Una vez se autoriza 5 días de
tto anti tbc.

① Tto Anti tbc # 05.

Ticnecri

INSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)
DEL CIRCULO DE CALI
NOTARIO ENCARGADO
17-NOV-2007
NOTARIA VEINTIUNA
Robinson Mosquera Hernández
NOTARIO ENCARGADO

NOMBRE: Victoria 1er. NOMBRE Pre 2do. NOMBRE 1er. APELLIDO 2do. APELLIDO

SIGNOS VITALES		1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
HORA:	12+37 18+55		
TA	98/47 99/60		
TAM	- - 73		
FC	66 x' 90 x'		
R	18 x' 20 x'		
T	36.2° 37°		
SaO			

SIGNOS VITALES		1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
HORA:			
TA			
TAM			
FC			
R			
T			
SaO			

GLUCOMETRIA

VALORACIÓN NEUROLÓGICA		1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
HORA	15+00		
APERTURA OCULAR	4		
RESPUESTA VERBAL	5		
RESPUESTA MOTORA	6		
MOVIMIENTO	4		
FUERZA EXT.	4		
PUPILAS TAMAÑO	OD 4 4		
D/I REACCION	OD 2 2		

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)
DEL CÍRCULO DE CALI
CERTIFICO
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
Santiago de Cali, 2017
NOTARIO ENCARGADO
NOTARIA VEINTIUNA
Mosquera Hernández

APERTURA OCULAR	RESPUESTA VERBAL ADULTO	RESPUESTA MOTORA	MOVIMIENTO Y FUERZA	TAMAÑO PUPILAS	REACCION
4 ESPONTANEA	5 ORIENTADO	6 OBEDECE ORDENES	4 LEVANTA Y RESISTE	P PUNTIFORMES	R REACCIONA
3 A LA VOZ	4 CONFUSO	5 LOCALIZA DOLOR	3 LEVANTA Y SOSTIENE	S PEQUEÑAS	P PEREZOSA
2 AL DOLOR	3 PALABRAS INAPROPIADAS	4 RESPONDE DOLOR	2 LEVANTA Y CAE	L LARGAS	N NO REACCIONA
1 NO RESPONDE	2 RUIDOS INCOMPENSIBLES	3 FLEXION	1 MOVIMIENTOS EN CAMA	N NORMAL	
0	1 NINGUNA	2 EXTENSION	0 SIN MOVIMIENTO	D DILATADA	
		1 NINGUNA			

VALORACIÓN FÍSICA DEL INGRESO

PIEL T/COLOR	Uomoel	ZONAS DE PRESIÓN	NO	SNG (3)	NO	ELIMINACIÓN (4)	I
LLEN. CAPIL D/	211	ULCERA DE PRESIÓN	NO	SNY (3)	NO	BRAZLETE DE IDENTIFICACION	61
EDEMA	NO	FLEBITIS	NO	S VESICAL (3)	NO	VENA PERIFERICA	NO
AUSC. RESP. (1)	C	EQUIMOSIS	NO	OTROS DRENAJES	NO	CATETER CENTRAL	NO
ESF. RESPIR.	NO	ACTIVIDAD FÍSICA (2)	I	OSTOMÍAS	NO	INMOVILIZACIONES	NO
OXIG. 1/m	NO	(1) SONIDOS RES.: C CLAROS E ESTERTORES S SIBILANCIAS	(2) ACTIVIDAD FÍSICA: A ASISTIDA I INDEPENDIENTE R CATETERISMO	HERIDAS	NO	FIRMA	A. O. O. O.
ASPIR. SECRE	NO						

(3) SONDAS:
P PERMEABLE
D DRENAJE
T TAPADA
(4) ELIMINACIÓN:
I INDEPENDIENTE
P PAÑAL
C CATETERISMO

VENOPUNCION				RETIRO CATETER			
FECHA/HORA	01/3/10			FECHA/HORA			
CATETER	#20			LOCALIZACIÓN			
SITIO INSERCIÓN	MSD			MOTIVO			
FIRMA	[Firma]			FIRMA			
MEDICACIÓN							
HORA:							
DROGA							
DOSIS							
VIA							
SITIO							
FIRMA							
MEDICACIÓN							
HORA:							
DROGA							
DOSIS							
VIA							
SITIO							
FIRMA							
MEDICACIÓN							
HORA:							
DROGA							
DOSIS							
VIA							
SITIO							
FIRMA							
MEDICACIÓN							
HORA:							
DROGA							
DOSIS							
VIA							
SITIO							
FIRMA							
BALANCE DE LÍQUIDOS							
ADMINISTRADOS:							
HORA:							
CLASE							
IV							
ORAL							
TOTAL							
ELIMINADOS:							
HORA:							
ORINA							
VÓMITO							
SNG							
DEPOSICIÓN							
OTROS							
TOTAL							
BALANCE							

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNA (E)
 DEL CIRCULO DE CALI
 CERTIFICO
 QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
 AL ORIGINAL DEL BOLETIN QUE HE TENIDO
 A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION
 Santiago de Cali
 17 NOV 2017
 NOTARIO ENCARGADO
NOTARIA VEINTIUNA
 Robinson Mosquera Hernández
 NOTARIO ENCARGADO