



**FABIO JARAMILLO
LONDOÑO**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
G- 0669

Florencia, 25 de Abril de 2017

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
FABIO JARAMILLO LONDOÑO

NIT: 900 211 468 - 3

**Nuestras
Sedes**

**SEDE
ADMINISTRATIVA**
Florencia
12 No. 8B-06
Juan XXIII
Teléfono: 4345873
Cel: 3132073078

IPS SOLITA
Calle Principal
Tel 4304139
Cel: 320-8556342

IPS VALPARAISO
Calle 10 Cm 3
Tel 4304014
Cel: 320-8557184

IPS SOLANO
Calle Principal
Tel 4304125
Cel: 320-8556315

**IPS SAN ANTONIO
DE GETUCHA**
Tel 4306102
Cel: 320-8558023

IPS MILAN
Calle 3 No. 6-72
Tel 4306050
Cel: 320-8557187

Señor:

LUIS ALVEIRO QUINMAYA RAMIREZ

Cédula N° 12.272.912

Celular: 30178779100-3017879118

Correo electrónico:

gynotificaciones@qytabogados.com

Dirección: Cra 6 N°15-36 B/siete de Agosto

Florencia- Caquetá

E. S. M.

Referencia: Respuesta a su solicitud de copia Historia Clínica

Cordial Saludo,

En atención a su derecho de petición, recibido en la IPS Milán el día (21/04/2017) y recibido en la sede administrativa de la ESE Fabio Jaramillo Londoño oficina de atención al usuario el 25/04/2017, en el cual adjunta poder especial en nombre de la señora SANDRA LILIANA GUARACA SALAZAR hija de la usuaria quien en vida se llamaba OFELIA GUARACA SALAZAR para reclamar copia de la historia clínica de la difunta, atentamente se le informa que una vez verificado el cumplimiento de requisitos en la solicitud, se remite copia del documento en 63 folios.

Lo anterior, se expide a solicitud del interesado para que obre en tramites prestacionales y/o judiciales; y en concordancia a la Resolución N° 1995 de 1999... Capítulo III Organización y manejo del archivo de las Historias Clínicas... Art. 14 Acceso a la Historia Clínica... Numeral 1. El usuario; y la Ley 1581 de 2012... Título IV Derechos y Condiciones de Legalidad para el Tratamiento de datos...

Atentamente,

WILLIBALDO RODRIGUEZ FIGUEROA

Gerente

Revisó: *Pohana González*

Proyectó y Elaboró: *Adriana Hernández*

LA SALUD CON VISION HACIA EL FUTURO

Email: esefabiojaramillo@hotmail.com

Web: www.esefjl.com

| | | | | | | | |
|--------------|-------|--------------|---|------------------|----------|---------------|------------|
| 600000 | | 500079 | | Ofelia | | No HISTORIA | |
| 1er Apellido | | 2do Apellido | | Nombres | | 410614179 | |
| EDAD | | SEXO | | Consulta externa | | | |
| AÑOS | MESES | DIAS | H | M | Servicio | Sala o Cuarto | No de cama |

| B. ORDENAMIENTO | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| A FECHA (DIA, MES, AÑO) | D. EXAMEN FISICO | 10 EXAMEN GINECOLOGICO |
| B ANAMNESIS | 1 SIGNOS VITALES-PESO, TALLA, PULSO | 11 TACTO RECTAL |
| 1 MOTIVO DE LA CONSULTA | RESPIRACION, PRESION ARTERIAL TEM | 12 APARATO LOCOMOTOR |
| 2 ENFERMEDAD ACTUAL | PERATURA | 13 EXAMEN NEUROLOGICO |
| 3 ACIDENTES FAMILIARES | 2 ESTADO GENERAL | 14 EXAMEN GANGLIONAR |
| 4 ACIDENTES PERSONALES | 3 PIEL SUBCUTANEO | E. IMPRESION DIAGNOSTICA O |
| a) FISIOLÓGICOS b) PATOLÓGICOS | 4 CABEZA, OJOS, OIDOS, NARIZ Y GAR | DIAGNOSTICO DEFINITIVO |
| c) QUIRURGICOS d) GENICO OSTETRICO | GANTA | F. PRONOSTICO |
| e) METALES f) VACUNACIONES | 5 CUELLO | G. CONDUCTA A SEGUIR |
| g) TOXICO ALERGICAS h) TRANSFUSIONES | 6 APARATO RESPIRATORIO | H. FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO QUE PRESTA |
| i) TRAUMATICAS | 7 APARATO CARDIO VASCULAR | LA ATENCION |
| C) REVISION DE PACIENTES | 8 APARATO GASTRO INTESTINAL | |
| | 9 APARATO GENICO-URINARIO | |

5-06-05

Antecedentes: CH: 447. Talla: 347. Peso: 5900
Sinfo: 407. Glucosa: 64 mg/dl
Vinsis: HAT: Apotroinduron ungu
de Tiroxina 100 mg
en dosis.

Presc. Diclofenac
- Metoprolol
- Tiroxina 100 mg 1 vez
por dia.

2205-08 peso: 52kg TPA: 100/80 FR. 100
H 10 a 30 a FR 20 a T 3600
Edad: 44 años

Pte. Asintomatica Solicita Laboratorio por G+5
plus: 0 plus.

Sgt. CH, Pto. Capotico, Glucosa, ASC-urica.

Pepi Lipidico

Medico
S.S.O. 903

28-05-08. Procedencia: Milan Edad: 44 años Sexo: F.
 Hora: 9+45. P: 51kg T.A. 100/70 TC 68X' FR 19X' T: 36.2°C
 Labios p/O: Signos de infección crónica, Puntos de
 Neutrofilos Solicitados en la Leucina dato de Números
 IDX: Infección crónica.

plan: ciprofloxacina 500mg c/12h x 14 días Antibiótico líquido
 Antibiótico Penicilina g/12h.

Jaime Ponce Rivas
 Médico
 S.S.O. 903

29-06-08 Procedencia: Milan Edad: 44 años Sexo: F.
 Hora: 16+5 P: 52kg T.A. 80/10 TC 60X' FR 19X' T: 36.3°C
 Puntos refines: Infección crónica y aguda, signos de infección
 aguda. Puntos: Cauda 8 F. Puntos: Puntos de infección
 aguda. Puntos de infección aguda. Puntos de infección aguda.
 Puntos: Puntos de infección aguda. Puntos de infección aguda.

IDX: Infección crónica
 plan: 55/ Hb- Hcto. (Infección crónica)
 Jaime Ponce Rivas
 Médico
 S.S.O. 903

5-08-2008 procedencia: Milan - Puntos - Edad: 44 años
 Sexo: F. Hora: 14+26
 P: 55kg T.A. 110/70 TC 68X' FR 19X' T: 36.6°C

Puntos refines: dolor en costillas, signos de infección
 aguda. Puntos: Cauda 8 F. Puntos: Puntos de infección
 aguda. Puntos de infección aguda. Puntos de infección aguda.
 Puntos: Puntos de infección aguda. Puntos de infección aguda.

IDX: Infección crónica
 plan: ciprofloxacina 500mg c/12h x 10 días, Antibiótico líquido
 55/ Infección crónica

Jaime Ponce Rivas
 Médico
 S.S.O. 903

A - IDENTIFICACIÓN

ATENCIÓN GENERAL

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--|---------------|--|
| 1er. APELLIDO <u>Correia</u> | | 2do. APELLIDO (O DE CASADA) <u>Sotona</u> | | NOMBRES <u>Ofelia</u> | | No. HISTORIA | |
| EDAD <u>45</u> | | SEXO <u>M</u> | | SERVICIO <u>Consulta externa</u> | | SALA O CUARTO | |
| AÑOS MESES DÍAS | | H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> | | | | No. DE CAMA | |

B. ORDENAMIENTO

A. FECHA (DÍA, MES, AÑO)

B. ANAMNESIS

- MOTIVO DE CONSULTA
- ENFERMEDAD ACTUAL
- ACCIDENTES FAMILIARES
- ACCIDENTES PERSONALES

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| A). FISIOLÓGICOS | B). PATOLÓGICOS |
| C). QUIRÚRGICOS | D). GINECO - OBSTÉTRICOS |
| E). MENTALES | F). VACUNACIONES |
| G). TOXICOALÉRGICAS | H). TRANSFUSIONES |
| I). TRAUMÁTICAS | |

C). REVISIÓN POR SISTEMAS

D. EXAMEN FÍSICO

- SIGNOS VITALES: PESO, TALLA, PULSO, RESPIRACIÓN, TEMPERATURA, PRESIÓN ARTERIAL
- ESTADO GENERAL
- PIEL, SUBCUTÁNEO
- CABEZA: OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA
- CUELLO
- APARATO RESPIRATORIO
- APARATO CARDIO VASCULAR
- APARATO GASTRO - INTESTINAL
- APARATO GENITO - URINARIO

10. EXAMEN GINECOLÓGICO

- TACTO RECTAL
 - APARATO LOCOMOTOR
 - EXAMEN NEUROLÓGICO
 - EXAMEN GANGLIOMAR
- E. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
- F. PRONÓSTICO
- G. CONDUCTA A SEGUIR
- H. FIRMA Y CÓDIGO DEL MEDIO QUE PRESTA LA ATENCIÓN

13-10-08 H 3705pm Edad: 44años Mujer
peso: 52kg TA: 100/80 RR: 72X FR 20X T: 38°
VCE: "Dolor lumbar"
CA: Ck Correia de dolor lumbar, exacerbado con el movimiento y parestias por la noche, e historia de cefaleas.
Rad: Paresia vaginal y glós vaginal, no pelida
Muc. Pálida: Escala: Hipertrofia: 7/10: Tirone
FEM. Muc. 5 g. Pluy: (-)
Examen físico: Buen estado general, abdo. OM.
sin alteraciones. CV: Ruidos Cardíacos, ruidos de
soplos. Campos pulmonares bien ventilados. ABD: Bazo
abdominal haca 20 días x laparoscopia (colecistectomía)
no dolorosa. Rto: Dolor lumbar (paralumbos)
a la palpación y palpación.

ID: 017mabulye Correia

- Plan
- ① Metoclopramid 5 mg 3 veces al día
 - ② Ibuprofeno 400 mg 3 veces al día
 - ③ Naprox 5 días

[Firma]
Correia

15-01-09 H. 8+3300 (Jes): 44 años. Males
 P.D.: 69 kg T.A. 120/70 P.R. 68 x 72 20 x 73 00
 MC "me arde al orinar"

EA

cuadro clínico de 5 días de evolución con
 dolor en disuria Poliglobulia, riñones
 tabales Act. Inmune sintomática.

Examen físico:

su mucosas mucos con hondo - Auscultación
 normal A.O. blanda depresible no dolorosa a
 la palpación Auscultación (-) Ext. Puntos (+)
 SNC sin déficit.

ID: ① 140??

Plan ① S/S Parcial de orinar

② Control con resultados

Juan Camilo Hernández
 MEDICO
 AMCE 100-17-820
 FUDIN-1560

30-01-2009 Procedimiento: Uter - edad. 44 años
 Joro. 8.44. P.D. 69 kg T.A. 90/60 P.R. 68 x 72 20 x 73 6.59
 Heli. Papele de Rueda.

CH: Hb. 13. Hct 39. Len 6600 Neut 77.
 Gm 62.

P.D. Turb. Ph: 5.0 D: 1030 Len 4-6
 Hemat 1-2. Bact ++.

ID: Pielonefritis Agda.

- Plan:
- ① Ampicilina 750 mg vo c/6h a 7 días
 - ② Gentamicina Amp 2 160 mg 101 lds. # 5.
 - ③ Ibutopon 400 mg vo c/6h H 15
 - ④ Phosphate 1 litro
 - ⑤ Control en 2 días.

13700000



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD MILAN
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
NIT 900.211.468. - 3

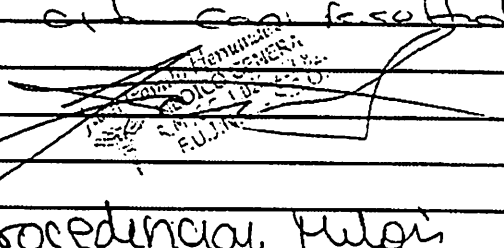
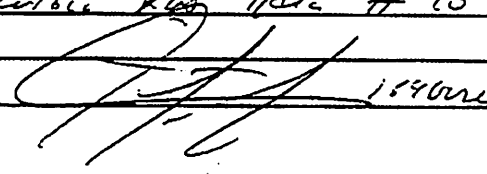
REGISTROS MÉDICOS
SIS - 409

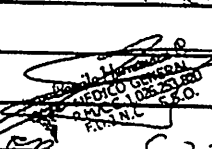
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

EVOLUCIÓN Atención

Hoja No. _____

| | | | | | | |
|-----------------|--|---|--|--------------------|--|----------------------|
| 1er. Apellido | | 2do. Apellido (o de Casada) | | Nombres | | No. HISTORIA CLÍNICA |
| GUAJARA | | Ojeda | | | | 406499 |
| EDAD | | SEXO | | Servicio | | No. de Cama |
| Años Meses Días | | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | Consultas externas | | |
| | | | | Sala o Cuarto | | |

| FECHA | | | DETALLE |
|-------|-----|-----|---|
| Día | Mes | Año | |
| | | | 21-04-09 10:10 P/milan Peso: 48 kg TA: 100/60 F: 70x FR: 20x T° 36.1° Paciente con antecedente de Alergias Aguda. Mayor de asísta. Alergia post-tratamiento S/O Paciente de origen nuevo de control y con resultados. |
| | | |  |
| | | | 20-04-2009 procedencia, Hilo Peso: 48.5 kg TA: 100/60 F: 176x FR: 20x T° 36° Horm. 10/100 |
| | | | RM. Reporte de Parámetros: |
| | | | Pdo: Ph: 8.0 D: 1006 Bact: +1 Leuc: Leucófilas Heml 4-8. CEB: 4-10. |
| | | | ID For VR Unives. |
| | | | Plan: ① Microfilaria Cap < 100 m v cl 6 horas a 7 de # 78 ② Ibruprofeno < 400 mg v a cl 6 # 15 ③ Acido Acetilsalicílico 100 mg # 10 |
| | | |  |

| FECHA | | | DETALLE |
|-------|-----|-----|--|
| DIA | MES | AÑO | |
| 06 | 05 | 04 | H 2400pm Edad: 45 años Mujer peso: 48kg TA: 100/80 FE: 80 PR 24T 36 Se realiza llanto a la Puerca en 3 segundos al cual no responde. No se encuentra en la institucion. Cita incongrua |
| 15 | 01 | 04 | A 31200pm Edad: 45 años Mujer peso: 49kg TA: 90/70 FE: 76 PR 20T 36 sin hallazgos clínicos post mortem al Examen físico Paciente sano |
| 16 | 2 | 00 |  Mujer Ovario Cancer Diente Hueso cervical. autopsia H. patología: Hueso sin crecimiento Quiste. cistocistoma Hueso 150. TX: TOXICO: NIEG. SH 1991 Euz: 2004. cito 6 años: Dic 09. cloroxa Buen estado general físico. peso 45kg PR: 100/70 se presenta en fase terminal. Ruidos cardíacos no marcos y respiratorio 220. Dificultad respiratoria plus Ruidos y depresión ble, muy doloroso. a la palpar. En 4, 2004 y en puntos vertebrales para paliar dolor RILTRAL |

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION**

HOSPITAL LOCAL MILAN
NOTAS DE LA ENFERMERIA

Hel: 40614795

No. Historia Clínica
 Apellidos 1o. 2o. NOMBRE
 Cama Servicio

| FECHA | HORA | INFORMACION DE LA ENFERMERIA | FIRMA Y COORDO DE LA ENFERMERA |
|-------------------|------|---|--------------------------------|
| 20-08-2013 | 8:00 | Usoana de 44 años de edad que acude al control por enfermería con orden para citología. Se le repasa procedimiento en control con poco flujo y cuello uterino sano. Se le educa sobre la importancia de la citología, libro personal y recomendar resultados dentro de dos semanas. ————— | Leandra S. |
| 3-12-2013 | | Fr. Usuaru que acude a la toma de la Citología C.U. con 47 años de edad. Se realiza la Espectoscopia sin ninguna complicación y se observa el cuello del útero sano. Se recomienda estar pendiente del Resultado en 1 mes. — — — | Lily Doria |
| ESPACIO EN BLANCO | | | |

La enfermera debe anotar todo lo que se aplique o dé al paciente: describiendo cantidad y vía, cualquier procedimiento que se haga y las llamadas o visitas de los médicos. Además los cambios en el estado del paciente como dolor, fiebre, escalofrío, sudor, vómitos; evacuaciones y condición física y emocional.

NOTAS DE LA ENFERMERIA



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD MILAN
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
Nº. 900.211.468. - 3

REGISTROS MEDICOS
SIS - 409

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

EVOLUCIÓN

Hoja No. _____

| | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|----------|--|----------------------|--|
| 1er. Apellido | | 2do. Apellido (o de Casada) | | Nombres | | No. HISTORIA CLÍNICA | |
| Jaramillo | | Londoño | | Opelina | | | |
| EDAD | | SEXO | | Servicio | | Sala o Cuarto | |
| Años Meses Días | | F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | Q. EXT. | | No. de Cama | |

| FECHA | | | DETALLE |
|-------|-----|-----|---|
| Día | Mes | Año | |
| 16 | 2 | 10 | 1. Dx: Inf. vs. leucemia N390 anemia p630. anemia. 2 D539. Hipertriglicéidemia? E059. p. sc/pk 0 CH. TSH T3 23-02-10 peso 44 Kg TA: 90/70 FC 76x' FR 20x1 Tª 36.50C. Me. dolor abdominal. Ch. blanco. 2402 11537. L4 434. Eosnófilo 3%. VSC 31 mm/H cuerpo extraño en el intestino delgado 5. ingesta de alimentos permanente laboratorial solicitada. 10. Hipertensión de 150/85. E059. laboratorial 27/09/11 Me: "Dolor lumbar y Abdominal." EA: paciente con cuadro clínico de ± 8 días de evolución caracterizado por presentar dolor abdominal tipo cólico acompañado de dolor lumbar y disuria motivo por el cual consulta. Pst: Hipertiroidismo. Dx: Colectectomía hace 1 año. Hosp: CX. Alerg: Niega. Soc: Niega. Fam: Niega. SV: TA: 110/80 FC: 80x' FR: 18x' Tª: 36.5° Rx FISICO: ABD: Doloroso a la palpación generalizada. |

IMPRESA COLOMBIANA DE SALUD - 3114099481

| FECHA | | | DETALLE |
|-------|-----|-----|---|
| DÍA | MES | AÑO | |
| | | | de predominio en sitios de Sutura de Cirurgia (Colecistectomia). Peristaltismo (+). Punto Normoconfigurado, puño percusión bi- teral (+). Resto de Examen Normal. Rx: R104. - IN.V.? Plan: S/o Ecografía abdominal. S/o p. de Orina. |
| 20 | 10 | 11 | Me: 7000. S/o paciente refiere prurito ocular. Sin otra Sintomatología. S/o paciente Conciente, alerta, orientada con signos vitales: TA: 120/80. FR: 76x'. PR: 18x'. EX FISIO. Sin datos positivos. (1) IN: T.V.U. 2) H5+1. Plan: (1) Ciprofloxacino Tab 500mg c/12hx (2) Gentamicina amp 160mg c/12hx (3) Corticoide + Neomicina + Polimixina C/12 |



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

E.S.E "FABIO JARAMILLO LONDOÑO"

Nit. 900.211.468-3

EVOLUCIÓN

A - IDENTIFICACIÓN

Hoja No. _____

| | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|---------------|--|----------------------|--|
| 1er Apellido | | 2do Apellido (o de Casada) | | Nombres | | No. HISTORIA CLINICA | |
| Gonzalez | | Solis | | Ofelia | | | |
| EDAD | | SEXO | | | | | |
| Años Meses Días | | H <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | | C. EXT. | | | |
| | | Servicio | | Sala o Cuarto | | No. de Cama | |

| FECHA | | | DETALLE |
|-------|-----|------|--|
| Día | Mes | Año | |
| 19 | 12 | 11 | Mc: Control de paraclinico. Paciente asiste a consulta para Control de p. de orina. IX: I.V.U en ITU. Plan: S/S p. de orina. L. Jaramillo Londoño C.O. 5. SSO C.M. 1587 |
| 07 | MAY | 2012 | Mc: Afección al orinar y "Flujo" Paciente con Cuadro Clínico de \pm 4 días de evolución caracterizado por Disuria. acompañado de prurito genital. Sin Otra Sintomatología. Apst: I.V.U. o infección, Hipertrofia Qx: Colecistectomía. Hosp: Qx. Alerg: Ninguna. SV: TA: 120/80 FC: 70x1 FR: 16x1. 37°C. Examen Físico. Co: Normoventriculo. Puño percusión bila- teral Qx, leve Rón de oleocamación. |

| FECHA | | | DETALLE |
|-------|-----|------|--|
| Día | Mes | Año | |
| | | | <p>Resto Normal.</p> <p>1) IXT V.V.??</p> <p>2) Dermatomosk.</p> <p>Plan: 1) s/s p. orina, CH, PL, Glc.</p> <p>2) Clotrimazol crema TOPIC q/h</p> <p>3) Betametasona Crema q/12h</p> |
| | | | <p>Laureano Coll S</p> <p>México SSO.</p> <p>R.M. 1587</p> |
| 23 | MAY | 2015 | <p>MC: Reporte de laboratorio.</p> <p>Hgb: 14.5, Leu: 8200, Xleu: 34, Linf: 64</p> <p>Eos: 4, Plq: 384.300, Glc: 99.</p> <p>COL T: 236, HDL-c: 77, TG: 215.</p> <p>Uroanálisis: Color: Amarillo, Asp: lig</p> <p>Turbio, Dens: 1010, PH: 8.0, Leu: +1+</p> <p>Cel epit: 0-3 x C, Leu: 10-15 x C, Bact: +</p> <p>5/ No sintomatológica alogura.</p> <p>paciente Conciente, alerta, hemodinámicamente estable.</p> <p>1) IXT Dislipidemia.</p> <p>2) I. V. U.</p> <p>Plan: 1) Rosuvastatina 20mg q/12h.</p> <p>2) Gemfibrozil 600mg c/da.</p> <p>3) Ciprofloxac 500mg q/8h.</p> <p>4) Aclarobas 150 c/12h</p> |
| | | | <p>Laureano Coll S</p> <p>México SSO.</p> <p>R.M. 1587</p> |



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO
NIT. 900.211.468-3

REGISTRO MEDICO
SIS - 409

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

A. IDENTIFICACIÓN

EVOLUCIÓN

Hoja No. _____

| | | | | | |
|----------------|--|--|--|----------------------|--|
| Guaraca | | Ofelia | | No. HISTORIA CLÍNICA | |
| 1er APELLIDO | | 2do APELLIDO (O DE CASADA) | | NOMBRES | |
| EDAD | | SEXO | | | |
| 46 | | H <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | | Consulta Ext. | |
| Año Meses Días | | SERVICIO | | SALA O CUARTO | |
| | | | | No. DE CAMA | |

| FECHA | | | | DETALLE |
|-------|-----|------|------|--|
| DIA | MES | AÑO | HORA | |
| 08 | 09 | 12 | 1430 | MC: Me siento mal |
| | | | | EP: Paciente con cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en astenia y adinamia, asociado al dolor y síntomas urinarios irritativos. |
| | | | | Ant. pat: IUU a repetición. Qx. Colicistectomía Alargada. 1. Gii P.0 A1 |
| | | | | Exame Físico: peso 58 Kg. Fe: 70 FR: 20 TA: 110/70 |
| | | | | FC: normocéfalo. OP: Sin alteración papilares |
| | | | | Abd: Blando no Signos de irritación peritoneal |
| | | | | ext: no edemas SNC: no deficit. |
| | | | | Dx: IUU. |
| | | | | Pl: Sfs. PdeO, Glicemia P. lipídico CH |
| | | | | Ceetaminofen 1 tab 4/6 hora |
| | | | | Control con resultados de parámetros |
| | | | | Se dan recomendaciones y Signos de alarma |
| 15 | AG | 2012 | | MC: Reporte de laboratorio. |
| | | | | Hgb: 13.1, Leu: 6700, Neo: 48, UNF: 50, |
| | | | | Eos: 2, PLQ: 218.400, GLO: 83, COLT: |
| | | | | 165, HDL-C: 45, TGC: 91. Uricemia: 15.0 |
| | | | | Color: Amarillo, Asp: Lig turbio, Dens: 10/10 |
| | | | | pH: 6.0, Len: H, Cel. capil: 0-3xc, leu: 5+ |

Bat: + "La Salud con Visión hacia el Futuro" C/1707bx2010 Tfb 20.
Dx: N390. Pl: h. 2) + Asecho 16075



"La Salud con visión Hacia el Futuro"



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E. "FABIO JARAMILLO LONDOÑO"
NIT: 900.211.468 - 3

REGISTROS MÉDICOS
SIS 401

SERVICIO DE URGENCIAS HISTORIA CLÍNICA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

| | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|-----------------------------|-------|------|--------------|-------------------|
| Guaraca Salazar Ofelia | | | EDAD | | | SEXO | |
| | | | AÑOS | MESES | DÍAS | M | F |
| 1 er Apellido | | | 2do Apellido | | | Nombres | |
| 46. | | | | | | | |
| C.C. o T.I. No. 40614.795 | | | Dirección | | | Tel: | |
| Natural | | | RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL | | | E.P.S. Copmu | |
| Procedente | | | C | S | V | ESTRATO | AFIL BENEFICIARIO |
| Ocupación | | | No. de AFILIACIÓN: | | | | |

LLEGADA DEL PACIENTE

| | | | | | | | |
|-------------|-------|---|----|------|-----------|-------------|--|
| Fecha | Hora | El paciente llega por sus propios medios? | | | | Estado | |
| 31/01/11 | 04:45 | SI | NO | CUAL | Conciente | | |
| Acompañante | | Parentesco | | | | Inconciente | |
| Dirección | | Teléfono | | | | Muerto | |

EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN, VIOLENCIA NO APLICABLE

| | | | | | | |
|---------------------|------|-----------------|--------|----|----|------|
| Fecha | Hora | Notificación a | | SI | NO | HORA |
| Sitio de Ocurrencia | | Policia | Fecha: | | | |
| Causa Básica que | | Familiares | Fecha: | | | |
| | | Ins. Dep. Salud | Fecha: | | | |

ANAMNESIS:

Lumbalgia.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con cuadro clínico de \pm 1 día de evolución caracterizada por caída desde su propia altura ocasionándole trauma a nivel de región lumbar. Lo que imposibilita la marcha.

ANTECEDENTES

Vieja Todo.

Antecedentes Ginecobstétricos

No Aplicable

G P A FUM MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Examen Físico

Fc 62 x' ta 120/70.

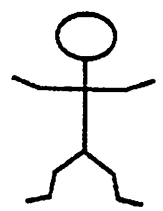
Apariencia general Regular estricta, general.

Fr 18 x' T 37.6.

| | |
|--------------------|---|
| Cráneo y Cara | |
| Normal | X |
| Anormal | |
| Orotange | |
| Normal | X |
| Anormal | |
| Cuello y Torax | |
| Normal | X |
| Anormal | |
| Cardiorespiratoria | |
| Normal | X |
| Anormal | |
| Abdomen | |
| Normal | X |
| Anormal | |

IMPEDIDO

| | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|--|--------------------|--|-------------------|--|-------|--|
| Genitourinario | | | | | | | | | |
| Normal <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Anormal <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Examen Obstetrico | | | | | | | | | |
| No aplicable <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Alt Uterina | | Situación Fetal | | Presentación Fetal | | Actividad Uterina | | | |
| Mov Fetale | | Longitudinal | | Cefálico | | Contracción 10Mn | | | |
| Fc.f | | Tranverso | | Podálico | | Duración Segundos | | | |
| Tacto Vaginal | | | | | | | | | |
| No aplicable <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Membranas | | | | | | | | | |
| Borramiento | | | | | | | | | |
| Estación | | | | | | | | | |
| Pelvis | | | | | | | | | |
| Dilatación | | | | | | | | | |
| Cuello Ant. Posterior | | | | | | | | | |
| Extremidades | | | | | | | | | |
| Normal <input checked="" type="checkbox"/> <i>Extremidades, dolor a la palpación, se observan lesiones hileroméricas en plantas de ambos miembros inferiores</i> | | | | | | | | | |
| Anormal <input type="checkbox"/> <i>inferiores</i> | | | | | | | | | |
| Necrológico | | | | | | | | | |
| Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia | | | | | | | | | |
| VALORACIÓN PUPILAR | | | | | | | | | |
| Conciente | | Esfera | | SI NO | | SI NO | | SI NO | |
| Somnoliento | | En Personal | | / | | Isocoria | | / | |
| Estuporoso | | En Lugar | | / | | React. luz | | / | |
| Comatoso | | En Tiempo | | / | | Nistagmus | | / | |
| Fundoscopia | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| OTROS HALLAZGOS | | | | | | | | | |
| NORMAL SI NO | | | | | | | | | |
| ESCALA DE GLASGOW | | | | | | | | | |
| APERTURA OCULAR | | | | | | | | | |
| Espontaneo (4) | | | | | | | | | |
| Por Indicación Verbal 3 | | | | | | | | | |
| Por Estimula Dolorosa 2 | | | | | | | | | |
| Imposibilidad 1 | | | | | | | | | |
| RESPUESTA VERBAL | | | | | | | | | |
| Orientada (5) | | | | | | | | | |
| Confusa 4 | | | | | | | | | |
| Algunas Palabras 3 | | | | | | | | | |
| Incomprensible 2 | | | | | | | | | |
| Ausente 1 | | | | | | | | | |
| RESPUESTA MOTORA | | | | | | | | | |
| Por Iniciación (6) | | | | | | | | | |
| Especifica al dolor 5 | | | | | | | | | |
| Inespecifica al dolor 4 | | | | | | | | | |
| Mecanismo de Flexión 3 | | | | | | | | | |
| Mecanismo de Extensión 2 | | | | | | | | | |
| Ausente 1 | | | | | | | | | |
| PUNTAJE TOTAL 15 / 15 | | | | | | | | | |
| Prescripción/Procedimientos Realizados | | | | | | | | | |
| Inbervención. | | | | | | | | | |
| 2) Diclofenaco 75 mg IM AKA. | | | | | | | | | |
| 3) Dexametasona 8mg IM AKA | | | | | | | | | |
| 4) Ropivacina | | | | | | | | | |
| Exámenes Solicitados | | | | | | | | | |
| Ambulatorio Hospitalario | | | | | | | | | |
| Remisión Morgue | | | | | | | | | |



Observaciones Clínicas
*no LQRM menor al dolor
motile por el cual se da
actividad con ordenes me
dicos y signos de alarma*

Impresión Diagnóstica
*Lumbago agudo a
lumbos.*

[Signature]
Médico



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
Nº. 900211405-13

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACIÓN
REGISTROS MÉDICOS
SIS 415

| | | | | | |
|---------------------|----------------------------|-------------|----------------------|--|----------|
| A. - IDENTIFICACIÓN | | | TRATAMIENTOS | | HOJA No. |
| Guarús | Salazar | Ofelia | No. HISTORIA CLÍNICA | | |
| 1er Apellido | 2do Apellido (O DE CASADA) | NOMBRES | | | |
| Urgencia | | | | | |
| SERVICIO | SALA O CUARTO | No. DE CAMA | | | |

| | |
|---|------------------------|
| B. - ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS | |
| Medicamentos. Vías, Dosis e indicaciones | Día, Mes, Año |
| | 31-10-11 |
| | HORA DE ADMINISTRACIÓN |
| Diclofenac 75m M. | 13:15 |
| Dexametazona 8m M. | 13:15 |
| ESPACIO EN BLANCO | |
| Insulina 5cm | 1 |
| FIRMAS | 1er. Turno |
| | 2do. Turno |
| | 3er. Turno |

San Juan de los Rios
ADMINISTRACIÓN DE FARMACIA
CEL. 316 63 37 26
REGISTRADO 43



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E "FABIO JARAMILLO LONDOÑO"
Nit. 900.211.468-3

A - IDENTIFICACIÓN

NOTAS DE ENFERMERIA

Hoja No.

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1er Apellido 2do Apellido (o de Casada) Nombres </div> | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> No. HISTORIA CLINICA </div> | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> EDAD SEXO </div> | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Servicio Sala o Cuarto No. de Cama </div> | | |

| FECHA | | | DETALLE |
|-------|-----|-----|--|
| Día | Mes | Año | |
| 31 | 10 | 11 | <p>13:50 horas pte que Ingresó de Consulta externa al Servicio de Urgencias, por presentar dolor de odontalgia edema en los ptes y picador o ardor de extremidades inferiores Se le tomaron signos vitales TA 110/70 FC 68x' FR 20x P 36-9 El médico lauriano.</p> <p>Ordeno Colocarle Dabpiaz y Dexa-metaxona 8mg se da en dosis con 15 minutos, luego se le da fórmula y se cita nuevamente para el día 1 de noviembre para laborar más nuevamente para mandar a realizar exámenes Sufrir dolor</p> <p>14:30 Sale usana del de urgencias</p> |



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E. "FABIO JARAMILLO LONDOÑO"
NIT: 900.211.468 - 3

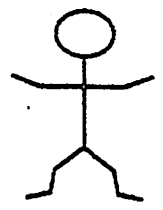
REGISTROS MÉDICOS
SIS 401

SERVICIO DE URGENCIAS HISTORIA CLÍNICA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--------------|---|--|-----------------------------|--|-----------------------|------|------------------------|------|-------------------------------------|---|
| 1er Apellido | | | 2do Apellido | | | Nombres | | | EDAD | | | SEXO | |
| Goarao Salazar | | | Ofelia | | | | | | AÑOS | MESES | DÍAS | M | F |
| 51 | | | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| C.C. o T.I. No. 40614795 | | | | | | Dirección Hilar | | | | | | Tel: | |
| Natural | | | | | | RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | E.P.S. Copacoin | |
| Procedente Hilar | | | | | | C S V | | ESTRATO | | AFIL | | BENEFICIARIO | |
| Ocupación | | | | | | | | | | | | No. de AFILIACIÓN: | |
| LLEGADA DEL PACIENTE | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha | | Hora | | El paciente llega por sus propios medios? | | | | | | Estado | | | |
| 11/11 | | 11:20 | | SI | | NO | | X | | CUAL en ellos de redes | | Conciente | |
| Acompañante | | | | | | Parentesco | | | | | | Inconciente | |
| Dirección | | | | | | Teléfono | | | | | | Muerto | |
| EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN, VIOLENCIA NO APLICABLE | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha | | Hora | | Notificación a | | | | | | SI | | NO | |
| Sitio de Ocurrencia | | Policia | | Fecha: | | | | | | | | | |
| Causa Básica que | | Familiares | | Fecha: | | | | | | | | | |
| | | Ins. Dep. Salud | | Fecha: | | | | | | | | | |
| ANAMNESIS: Me caí | | | | | | | | | | | | | |
| MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL | | paciente con cuadro clínico de ± 36 horas de evolución caracterizado por caída de ± 3 metros de altura ocasionando Trauma en región lumbar la cual imposibilita la deambulación. Presento dolor en miembros inferiores. | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES X LLEGA TODO | | | | | | | | | | | | | |
| Antecedentes Ginecobstétricos X No Aplicable | | | | | | | | | | | | | |
| G | | P | | A | | FUM | | MÉTODO ANTICONCEPTIVO | | | | | |
| Examen Físico | | | | | | | | | | | | | |
| Fc | | 110/70 | | Apariencia general | | | | | | | | | |
| Fr | | 39°C | | | | | | | | | | | |
| Cráneo y Cara | | | | | | | | | | | | | |
| Normal | | X | | | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | | | | | |
| Orotange | | | | | | | | | | | | | |
| Normal | | X | | | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | | | | | |
| Cuello y Torax | | | | | | | | | | | | | |
| Normal | | X | | | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | | | | | |
| Cardiorespiratoria | | | | | | | | | | | | | |
| Normal | | X | | | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | | | | | |
| Abdomen | | | | | | | | | | | | | |
| Normal | | X | | | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|-------------|---------------------------------------|--|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|--------------------------|----|
| Genitourinario | | | | | | | | | |
| Normal | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Anormal | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Examen Obstetrico | | No aplicable | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| Alt Uterina | | Situación Fetal | | Presentación Fetal | | Actividad Uterina | | | |
| Mov Fetal | | Longitudinal | | Cefálico | | Contracción 10Mn | | | |
| Fc.f | | Tranverso | | Podálico | | Duración Segundos | | | |
| Tacto Vaginal | | No aplicable | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| Membranas | | Borramiento | | Estación | | | | | |
| Pelvis | | Dilatación | | Cuello | | Ant. | | Posterior | |
| Extremidades <i>Dolor a la movilización. pulsos (+).</i> | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| Necrológico | | Normal | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Anormal | | <input type="checkbox"/> | |
| Estado de Conciencia | | | | | | | | | |
| VALORACIÓN PUPILAR | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Conciente | Esfera | | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| | Somnoliento | En Personal | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| | Estuporoso | En Lugar | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| | Comatoso | En Tiempo | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Fundoscopia | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| OTROS HALLAZGOS | | | | | | | | | |
| | | NORMAL | | ESCALA DE GLASGOW | | | | | |
| | | SI NO | | APERTURA OCULAR | | | | | |
| Coordinación Movimientos | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <i>Esponáneo</i> | | <i>(4)</i> | | | |
| Equilibrios | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Por Indicación Verbal | | 3 | | | |
| Sensibilidad | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Por Estimula Dolorosa | | 2 | | | |
| Tono Muscular | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Imposibilidad | | 1 | | | |
| RESPUESTA VERBAL | | | | | | | | | |
| | | | | Orientada | | <i>(5)</i> | | | |
| | | | | Confusa | | 4 | | | |
| | | | | Algunas Palabras | | 3 | | | |
| | | | | Incomprensible | | 2 | | | |
| | | | | Ausente | | 1 | | | |
| RESPUESTA MOTORA | | | | | | | | | |
| | | | | Por Iniciación | | <i>(6)</i> | | | |
| | | | | Especifica al dolor | | 5 | | | |
| | | | | Inespecifica al dolor | | 4 | | | |
| | | | | Mecanismo de Flexión | | 3 | | | |
| | | | | Mecanismo de Extensión | | 2 | | | |
| | | | | Ausente | | 1 | | | |
| PUNTAJE TOTAL <i>12/15</i> | | | | | | | | | |
| Prescripción/Procedimientos Realizados | | | | | | | | | |
| <i>1) observación</i> | | | | | | | | | |
| <i>2) Diclofenaco + Dexametasona</i> | | | | | | | | | |
| <i>3) Remisión a III nivel de atención</i> | | | | | | | | | |
| <i>Completado</i> | | | | | | | | | |
| Exámenes Solicitados | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatorio | | <input type="checkbox"/> Hospitalario | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rem | | <input type="checkbox"/> Morgue | | | | | | | |



Observaciones Clínicas *paciente con imposibilidad para la deambulación con posibilidad de trauma cervical motivo por el cual se decide remitir*

Impresión Diagnóstica *1) Trauma Lumbar*

15/10
15/10
15/10



FABIO JARAMILLO LONDOÑO

Nr. 900.211.405 - 3

REGISTROS MÉDICOS
SIS 415

TRATAMIENTOS

HOJA No.

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| HOJA No. _____ | | | | | | | | | | | |
| <p>IDENTIFICACION</p> <p><u>Guarava</u> 1er Apellido</p> <p><u>Ofelisa</u> 2do Apellido (O DE CASADA)</p> <p><u>Ofelisa</u> NOMBRES</p> | <p>No. HISTORIA CLINICA</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| <p><u>Unidad</u> SERVICIO</p> | <p>SALA O CUARTO</p> <p>No. DE CAMA</p> | | | | | | | | | | |

B. - ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

[illegible]

NIT: 900211458-3

HOJA:DE REFERENCIA.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

No. H.C. 4167499

NOMBRE Charles Gonzalez Valdez EDAD 51

DOCUMENTO IDENTIDAD CC. STI R.C. No. SEX F

DIRECCION ACTUAL 14114 OCEANO TELEFONO 7

ZONA RESIDENCIA: URBANA X RURAL FECHA NACIMIENTO: D 22 M 3 A 1957

REGIMEN

| | | | | | |
|--------------|------------|-----------|------------|------|------|
| CONTRIBUTIVO | SUBSIDIADO | VINCULADO | DESPLAZADO | SCAT | OTRO |
|--------------|------------|-----------|------------|------|------|

DATOS DE LA REFERENCIA

SERVICIO QUE
REMITA

URGENCIA
C. EXTERNA
HOSPITALIZACION

SERVICIO AL
QUE SE REMITE

URGENCIA
C. EXTERNA
HOSPITALIZACION
ESPECIALIDAD

SERVICIO

MODALIDAD DE SOLICITUD:
REMISION
INTERCONSULTA
APOYO DIAGNOSTICO
OTRO:

NIVEL DE COMPETENCIA
NO HAY RECURSO HUMANO
SIN APOYO DIAGNOSTICO
PETICION VOLUNTARIA

COMPLEJIDAD QUE REMITE

BAJA ☒ MEDIA ALTA

COMPLEJIDAD A LA QUE SE REMITE

BAJA _____ MEDIA _____ ALTA _____

PROFESIONAL RESPONSABLE

Page 2 of 2

RESUMEN HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS

Hauptziele des Projekts:

- 1. Identifizierung der relevanten Akteure und Interessengruppen.
- 2. Klärung der Verantwortlichkeiten und Rollen.
- 3. Festlegung von Meilensteinen und Zeitplan.
- 4. Regelmäßige Kommunikation und Berichterstattung.
- 5. Flexibilität bei Änderungen.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

TRATAMIENTOS APLICADOS

INDEX.DIAGNOSTIC(S)

~~Dr. Germán Chumbajay~~
~~Médico - Cirujano~~
~~UNAL - R.M. 1836/09~~

CONDUCTA

CONDICIONES DEL PACIENTE PARA EL TRASLADO

EVOLUCION DURANTE EL TRASLADO

DATOS REMISION

CONFIRMADO

RECIBIDO

HORA SOLICITUD 11135
HORA CONFIRMADA 11145
FECHA D 1 M 11 A 2011
SERVICIO URGENCIA
CONFIRMADA POR DR. R. R. R.
CARGO F. R. R. R.

HORA
FECHA D M A
SERVICIO
MEDICO
RM
FIRMA

DATOS GENERALES REMISION

HORA SALIDA A.M. P.M.
NOMBRE DEL CONDUCTOR AMBULANCIA
NOMBRE AGENTE DE SALUD ACOMPAÑANTE
PLACA AMBULANCIA

Laureano Coll S.
MEDICO SSO
R.M. 1987

ESPACIO EN BLANCO



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD VALPARAISO
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
Nº. 900.211.468 - 3

REGISTROS MEDICOS
SIS 401

SERVICIO DE URGENCIA HISTORIA CLÍNICA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|------|--|-----------|-----------------------------|------|-------|---------------------------|
| Guarasa Calano Ofelia | | | EDAD | | | SEXO | |
| 1er Apellido 2do Apellido Nombres | | | AÑOS | MESES | DÍAS | M | F |
| | | | 47 | | | | |
| C.C. o T.I. No. 40612795 | | | Dirección | | | Tel.: | |
| Natural | | | | RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL | | | E.P.S. Lapra |
| Procedente | Hilo | | | C | S | V | ESTRATO AFIL BENEFICIARIO |
| Ocupación | | | | H | | | No. de AFILIACIÓN: |

LEGADA DEL PACIENTE

| | | | | | | | |
|-------------|-------|---|---|----|----------------|--|--|
| Fecha | Hora | El paciente llega por sus propios medios? | | | Estado | | |
| 20-11-65 | 16:45 | SI | X | NO | CUAL Caminando | | |
| Acompañante | | Parentesco Hija | | | Conciente | | |
| Dirección | | Teléfono | | | Inconciente | | |
| | | | | | Muerto | | |

EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN, VIOLENCIA NO APLICABLE

| | | | | | | |
|---------------------|------|-----------------|--------|----|----|------|
| Fecha | Hora | Notificación a | | SI | NO | HORA |
| Sitio de Ocurrencia | | Policia | Fecha: | | | |
| Causa Básica que | | Familiares | Fecha: | | | |
| | | Ins. Dep. Salud | Fecha: | | | |

ANAMNESIS:

Inc. Crónica

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

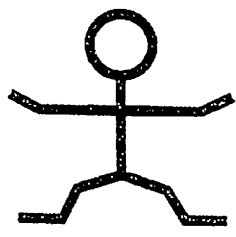
HT: Paciente portadora de HT grado II con crisis de HT. 3 meses de dolor de cabeza intenso y presión arterial elevada.

ANTECEDENTES

No aplica.

| | | | | | |
|-------------------------------|----------|---|-----------------------|--|--|
| Antecedentes Ginecobstétricos | | | No Aplicable | | |
| G | P | A | FUM | | |
| | | | MÉTODO ANTICONCEPTIVO | | |
| Examen Físico | | | | | |
| Fc 58x | ta 87/63 | Apariencia general | | | |
| Fr 20x | T 36°C | Desnutrido grado I | | | |
| Cráneo y Cara | | | | | |
| Normal | | | | | |
| Anormal | | | | | |
| Orotange | | | | | |
| Normal | | | | | |
| Anormal | | | | | |
| Cuello y Torax | | | | | |
| Normal | | | | | |
| Anormal | | | | | |
| Cardiorespiratoria | | | | | |
| Normal | | | | | |
| Anormal | | | | | |
| Abdomen | | Hígado aumentado. Bazo a la izquierda. Huesos normales. | | | |
| Normal | | | | | |
| Anormal | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|--|--------------------|--|-------------------|--|----------------|--|
| Genitourinario | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| Examen Obstetrico | | | | | | | | | |
| No aplicable | | | | | | | | | |
| Alt Uterina | | Situación Fetal | | Presentación Fetal | | Actividad Uterina | | | |
| Mov Fetales | | Longitudinal | | Cefálico | | Contracción 10Mn | | | |
| Fc.f | | Tranverso | | Podálico | | Duración Segundos | | | |
| Tacto Vaginal | | | | | | | | | |
| No aplicable | | | | | | | | | |
| Membranas | | | | Borramiento | | Estación | | | |
| Pelvis | | | | Dilatación | | Cuello | | Ant. Posterior | |
| Extremidades | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| Necrológico | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia | | | | | | | | | |
| VALORACIÓN PUPILAR | | | | | | | | | |
| Conciente | | Esfera | | SI NO | | SI NO | | SI NO | |
| Somnoliento | | En Personal | | / | | Isocoria | | / | |
| Estuporoso | | En Lugar | | / | | React. luz | | / | |
| Comatoso | | En Tiempo | | / | | Nistagmus | | / | |
| Fundoscópia | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| OTROS HALLAZGOS | | | | | | | | | |
| NORMAL | | | | | | | | | |
| SI NO | | | | | | | | | |
| ESCALA DE GLASGOW | | | | | | | | | |
| APERTURA OCULAR | | | | | | | | | |
| Coordinación Movimientos | | | | | | | | | |
| Equilibrios | | | | | | | | | |
| Sensibilidad | | | | | | | | | |
| Tono Muscular | | | | | | | | | |
| RESPUESTA VERBAL | | | | | | | | | |
| Orientada | | | | | | | | | |
| Confusa | | | | | | | | | |
| Algunas Palabras | | | | | | | | | |
| Incomprensible | | | | | | | | | |
| Ausente | | | | | | | | | |
| RESPUESTA MOTORA | | | | | | | | | |
| Por Iniciación | | | | | | | | | |
| Especifica al dolor | | | | | | | | | |
| Inespecifica al dolor | | | | | | | | | |
| Mecanismo de Flexión | | | | | | | | | |
| Mecanismo de Extensión | | | | | | | | | |
| Ausente | | | | | | | | | |
| PUNTAJE TOTAL | | | | | | | | | |
| Prescripción/Procedimientos Realizados | | | | | | | | | |
| Exámenes Solicitados | | | | | | | | | |
| DESTINO DEL PACIENTE | | | | | | | | | |
| Ambulatorio | | | | | | | | | |
| Hospitalario | | | | | | | | | |
| Remisión | | | | | | | | | |
| Morgue | | | | | | | | | |



Observaciones Clínicas

Se observó un nivel de conciencia de tipo comatoso.

Impresión Diagnóstica

1) Hb14.

2) Hipertensión

Exámenes Solicitados

18/10/20

2) Hipertensión

Prescripción/Procedimientos Realizados

20 mg de losartán

10 mg de lisinapril

10 mg de atenolol

México

HOSPITAL LOCAL MILAN
EPICRISIS

A. IDENTIFICACION

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|---------------------------|--|-----------------------------|--|
| 1er Apellido | | 2do Apellido (o de casada) | | Nombre | | No. Historia Clínica | |
| EDAD | | SEXO | | INICIACION DE LA ATENCION | | FINALIZACION DE LA ATENCION | |
| AÑO MES DIA | | H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> | | FECHA AÑO MES DIA | | FECHA AÑO MES DIA | |
| | | | | SERVICIO | | SERVICIO | |

B. DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico Definitivo: Ulceras Sigmoideas
crónicas

Procedimientos Quirúrgicos u obstétricos

Tratamientos: 2 Números
de antibióticos
de analgésicos

C. ORDENAMIENTO

| | | |
|---|--|--|
| 1- Resumen de Anamnesis y Examen Físico | 4- Condición del paciente a la finalización (Señalar incapacidad funcional si la hubiere). | 6- Recomendaciones |
| 2- Resumen de Evolución | 5- Pronósticos | 7- Fecha y Resultado de Exámenes Auxiliares de Diagnóstico |
| 3- Complicaciones | | 8- Firma y código del profesional responsable |

Paciente con cuadro de ulcers sigmoideas crónicas. Al presentarse se observó hematoquecia estable. D. Bacterias. Egreso con analgésicos y antibióticos. Sin otros requerimientos. Buen estado.

Dr. H. G. V.

ESPACIO EN BLANCO

67



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E "FABIO JARAMILLO LONDOÑO"

Nit. 900.211.468-3

A-IDENTIFICACIÓN

NOTAS DE ENFERMERIA

Hoja No. _____

| | | | | |
|-----------------|--|----------------------------|---------------|----------------------|
| 6000000 | | Salazar | Ofelia | No. HISTORIA CLINICA |
| 1er Apellido | | 2do Apellido (o de Casada) | Nombres | 40619.795 |
| EDAD | SEXO | | | |
| 47 | H <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | | Urgencias | |
| Años Meses Días | Servicio | | Sala o Cuarto | No. de Cama |

| FECHA | | | DETALLE |
|-------|-----|-----|---|
| Día | Mes | Año | |
| 26 | 09 | 12 | 08:45. Ingresa al servicio suena, de 47 años de edad acompañada de la hija y refiriendo tener molestia general en la boca del estómago. Se toman SV: TA: 87/63. F: 15x. FR: 20x. T: 36°C. Se informa al médico de orden administrar 1500 cc. de lactato - aduero. y administrar Paracetamol 500mg diluido en 500 cc de lactato. + H2-toclopramida 10mg IV diluida en 10 cc. y pasar lentamente y dejar a observación. |
| | | | 09:00 se administra Paracetamol 500mg IV diluida en 500 cc. de lactato. |
| | | | 09:15. Se pasa H2-toclopramida 10mg IV diluida en 10 cc. y se administra directamente a la v. sin complicaciones paciente acepta y tolera perfectamente. |
| | | | 12:00 se administra 500 cc de lactato suero amantemimético. |
| | | | 13:00. Entre paciente de 47 años de edad, refiriendo la misma que observación con 500 cc de lactato suero amantemimético. SV: TA: 82/57. F: 15x. FR: 20x. T: 36°C. Se da de alta en la ciudad. |

[illegible]

RECEIVED



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
NIT: 900 211 468 - 3

FORMATO DE TRIAGE

FECHA: 26-09-12

HORA: 8:45

NOMBRE: Ofelia Romero Salas EDAD: 47

MOTIVO DE CONSULTA Emesis, malor. general.
doler en la boca del estomago.

GLASGOW: 4 / 4 6 / 5 15 / 15

ALERTA ☐ OBNUBILACIÓN ☐ ESTUPOR ☐ COMA ☐

SIGNOS VITALES:

PA 87/62 FC 74 FR 20 T. 36 PULSO: REGULAR ☐ IRREGULAR ☐

ANTECEDENTES RELEVANTES

PRIORIDAD: I ☐ II ☒ III ☒

NOMBRE Y FIRMA

H. G. 5036

LA SALUD CON VISION HACIA EL FUTURO
Email: esefabiojaramillo@hotmail.com
Web: www.esefil.gov.co



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD VALPARAISO
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
Nit. 900.211.468. - 3

REGISTROS MÉDICOS
SIS 401

SERVICIO DE URGENCIA HISTORIA CLÍNICA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|-----------------------------|-------|------|-------------------|-------------------|
| Guaragu Salazar. Rafaela. | | | EDAD | | | SEXO | |
| | | | AÑOS | MESES | DÍAS | M | F |
| 1er Apellido 2do Apellido Nombres | | | 47 | | | | |
| C.C. o T.I. No. 40614795 | | | Dirección D/ el centro | | | Tel.: Saludcoop. | |
| Natural | | | RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL | | | E.P.S. (Eaprecom) | |
| Procedente HUA | | | C | S | V | ESTRATO | AFIL BENEFICIARIO |
| Ocupación | | | No. de AFILIACIÓN: | | | | |

EGADA DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---|-------|---|--|-------------|--|
| Fecha | Hora | El paciente llega por sus propios medios? | | Estado | |
| 29-01-1970 | 14:00 | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Conciente | |
| Acompañante Obdulio Araya Parentesco Esposo | | | | Inconciente | |
| Dirección | | | | Muerto | |
| Teléfono | | | | | |

EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN, VIOLENCIA NO APLICABLE

| | | | | | |
|---------------------|------|-----------------|--------|----|------|
| Fecha | Hora | Notificación a | SI | NO | HORA |
| Sitio de Ocurrencia | | Policía | Fecha: | | |
| Causa Básica que | | Familiares | Fecha: | | |
| | | Ins. Dep. Salud | Fecha: | | |

ANAMNESIS: "Lepra Viciada"

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente con cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en episodios episódicos en #3 de contenido alimentario asociados a 2 deposiciones acuáticas fétidas sin uso de sangre. asociado a fiebre y adinamia.

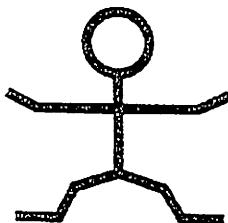
ANTECEDENTES Dato: Hipotiroidismo Ortolanctemia Hergas (-) Tocias (-).

| | | | | | |
|-------------------------------|---|---|--------------|--|--|
| Antecedentes Ginecobstétricos | | | No Aplicable | | |
| G | P | A | FUM | | |

MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Examen Físico

| | | |
|--------------------|---|--------------------|
| Fc 76x | ta 110/70 | Apariencia general |
| Fr 22x | T 38.5 | |
| Cráneo y Cara | normales. Conjuntivas normales. | |
| Normal | | |
| Anormal | | |
| Orotange | no congestiva. mucosas húmedas rosadas. | |
| Normal | | |
| Anormal | | |
| Cuello y Torax | normal. Sin ruidos | |
| Normal | | |
| Anormal | | |
| Cardiorespiratoria | Rc no ruidos no soplos Rr no ruidos. | |
| Normal | mucosa vascular normal. | |
| Anormal | | |
| Abdomen | Blando Rr (+) no signos de irritación peritoneal. | |
| Normal | | |
| Anormal | | |

| | | | | | | | | | |
|---|-------------|---------------------------------------|--|-------------------------------------|----|---|--|-------------------------------------|-----------|
| Genitourinario | | | | | | | | | |
| Normal | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| Examen Obstetrico | | No aplicable | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| Alt Uterina | | Situación Fetal | | Presentación Fetal | | Actividad Uterina | | | |
| Mov Fetales | | Longitudinal | | Cefálico | | Contracción 10Mn | | | |
| Fc.f | | Tranverso | | Podálico | | Duración Segundos | | | |
| Tacto Vaginal | | No aplicable | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| Membranas | | | | Borramiento | | Estación | | | |
| Pelvis | | | | Dilatación | | Cuello | | Ant. | Posterior |
| Extremidades <i>Simétricas no edemas.</i> | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| Necrológico | | Normal | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Anormal | | | |
| Estado de Conciencia | | | | | | | | | |
| VALORACIÓN PUPILAR | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Conciente | Esfera | | SI | NO | | | SI | NO |
| | Somnoliento | En Personal | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Isocoria | | | |
| | Estuporoso | En Lugar | | <input checked="" type="checkbox"/> | | React. luz | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Comatoso | En Tiempo | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Nistagmus | | | |
| Fundoscopia | | | | | | | | | |
| Normal <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| OTROS HALLAZGOS | | | | NORMAL | | ESCALA DE GLASGOW | | | |
| | | | | SI | NO | APERTURA OCULAR | | | |
| Coordinación Movimientos | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | 4 | | | |
| Equilibrios | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Por Indicación Verbal | | | |
| Sensibilidad | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | 3 | | | |
| Tono Muscular | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Por Estimula Dolorosa | | | |
| | | | | | | 2 | | | |
| | | | | | | Imposibilidad | | | |
| | | | | | | 1 | | | |
| Reflejos | | | | | | RESPUESTA VERBAL | | | |
|  | | | | | | Orientada | | | |
| | | | | | | 5 | | | |
| | | | | | | Confusa | | | |
| | | | | | | 4 | | | |
| | | | | | | Algunas Palabras | | | |
| | | 3 | | | | | | | |
| | | Incomprensible | | | | | | | |
| | | 2 | | | | | | | |
| | | Ausente | | | | | | | |
| | | 1 | | | | | | | |
| | | | | | | RESPUESTA MOTORA | | | |
| | | | | | | Por Iniciación | | | |
| | | | | | | 6 | | | |
| | | | | | | Especifica al dolor | | | |
| | | | | | | 5 | | | |
| | | | | | | Inespecifica al dolor | | | |
| | | | | | | 4 | | | |
| | | | | | | Mecanismo de Flexión | | | |
| | | | | | | 3 | | | |
| | | | | | | Mecanismo de Extensión | | | |
| | | | | | | 2 | | | |
| | | | | | | Ausente | | | |
| | | | | | | 1 | | | |
| | | | | | | PUNTAJE TOTAL | | | |
| | | | | | | 15/15 | | | |
| | | | | | | Prescripción/Procedimientos Realizados | | | |
| Exámenes Solicitados | | | | | | SSN 097. Bolo 1000cc. | | | |
| | | | | | | Dipirona 1gr IV ahora todo y deludido | | | |
| | | | | | | Metoprolol 10mg IV Rautidina 50mg IV | | | |
| | | | | | | Vitalar | | | |
| | | | | | | Paciente con alteración clínica no epiléptica | | | |
| | | | | | | eúcticos durante observación salda | | | |
| | | | | | | con función médica y signos de alarma | | | |
| DESTINO DEL PACIENTE | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatorio | | <input type="checkbox"/> Hospitalario | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Remisión | | <input type="checkbox"/> Morgue | | | | | | | |

15:30



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD VALPARAISO
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
Nlt. 900.211.468 - 3

REGISTROS MÉDICOS
SIS 401

SERVICIO DE URGENCIA HISTORIA CLÍNICA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|-----------------------------|-------|------|--------------------|------|
| Guarara Salazar Rafaela | | | EDAD | | | SEXO | |
| 1er Apellido 2do Apellido Nombres | | | AÑOS | MESES | DÍAS | M | F |
| C.C. o T.I. No. 40614795 | | | Dirección B/el centro | | | Tel.: Saludcoop. | |
| Natural | | | RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL | | | E.P.S. (Paprecow) | |
| Procedente | | | C | S | V | ESTRATO | AFIL |
| Ocupación | | | BENEFICIARIO | | | No. de AFILIACIÓN: | |

EGADA DEL PACIENTE

| | | | | | |
|-------------|-------|---|--|---|--|
| Fecha | Hora | El paciente llega por sus propios medios? | | Estado | |
| 29-01-14 | 14:00 | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Conciente <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Acompañante | | CUAL | | Inconciente | |
| Dirección | | Teléfono | | Muerto | |

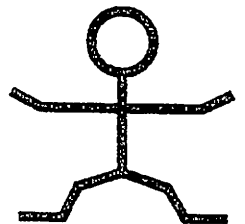
EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN, VIOLENCIA NO APLICABLE

| | | | | | | |
|---------------------|------|-----------------|--------|----|----|------|
| Fecha | Hora | Notificación a | | SI | NO | HORA |
| Sitio de Ocurrencia | | Policia | Fecha: | | | |
| Causa Básica que | | Familiares | Fecha: | | | |
| | | Ins. Dep. Salud | Fecha: | | | |

| | |
|--|---|
| ANAMNESIS: | "Leño Uuido" |
| MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL | Paciente con cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en episodios múltiples en #3 de contenido alimentario asociados a 2 deposiciones amarillas líquidas sin moco sangre asociado a fiebre y adinamia. |

| | | | | |
|-------------------------------|---|---|-----|-----------------------|
| ANTECEDENTES | Dato: Hipertensión Ortolobística Mergias (-) Toxicos (-). | | | |
| Antecedentes Ginecobstétricos | No Aplicable | | | |
| G | P | A | FUM | MÉTODO ANTICONCEPTIVO |

| | |
|--------------------|---|
| Examen Físico | |
| Fc 76x | ta 110/70 |
| Fr 27x | T 38.2 |
| Cráneo y Cara | normal |
| Normal | |
| Anormal | |
| Orotange | no congestiva. mucosa bucal enrojecida. |
| Normal | |
| Anormal | |
| Cuello y Torax | normal |
| Normal | |
| Anormal | |
| Cardiorespiratoria | Rc no ruidos ni soplos Rr no ruidos ni rales. |
| Normal | |
| Anormal | |
| Abdomen | Blanco Rr (+) no ruidos ni rales. |
| Normal | |
| Anormal | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|---|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Genitourinario | | | | | | | | | | | |
| Normal | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | | | |
| Examen Obstetrico | | No aplicable | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Alt Uterina | | Situación Fetal | | Presentación Fetal | | Actividad Uterina | | | | | |
| Mov Fetales | | Longitudinal | | Cefálico | | Contracción 10Mn | | | | | |
| Fc.f | | Tranverso | | Podálico | | Duración Segundos | | | | | |
| Tacto Vaginal | | No aplicable | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Membranas | | | | Borramiento | | | | Estación | | | |
| Pelvis | | | | Dilatación | | | | Cuello | | Ant. Posterior | |
| Extremidades <i>Simétricas no edemas.</i> | | | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | | | |
| Necrológico | | Normal | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Anormal | | | | | |
| Estado de Conciencia | | | | | | | | | | | |
| VALORACIÓN PUPILAR | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Conciente | | Esfera | | SI NO | | SI NO | | SI NO | | SI NO | |
| Somnoliento | | En Personal | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Isocoria | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Estuporoso | | En Lugar | | <input checked="" type="checkbox"/> | | React. luz | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Comatoso | | En Tiempo | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Nistagmus | | | | | |
| Fundoscopia | | | | | | | | | | | |
| Normal <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | | | |
| OTROS HALLAZGOS | | | | NORMAL | | ESCALA DE GLASGOW | | | | | |
| | | | | SI NO | | APERTURA OCULAR | | | | | |
| Coordinación Movimientos | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | 2 | | | |
| Equilibrios | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Por Indicación Verbal | | 3 | | | |
| Sensibilidad | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Por Estimula Dolorosa | | 2 | | | |
| Tono Muscular | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Imposibilidad | | 1 | | | |
| Reflejos | | | | | | RESPUESTA VERBAL | | | | | |
|  | | | | | | Orientada | | 5 | | | |
| | | | | | | Confusa | | 4 | | | |
| | | | | | | Algunas Palabras | | 3 | | | |
| | | | | | | Incomprensible | | 2 | | | |
| | | | | | | Ausente | | 1 | | | |
| | | | | | | RESPUESTA MOTORA | | | | | |
| | | | | | | Por Iniciación | | 6 | | | |
| | | | | | | Especifica al dolor | | 5 | | | |
| | | | | | | Inespecifica al dolor | | 4 | | | |
| | | | | | | Mecanismo de Flexión | | 3 | | | |
| | | | | | | Mecanismo de Extensión | | 2 | | | |
| | | | | | | Ausente | | 1 | | | |
| Observaciones Clínicas | | | | | | PUNTAJE TOTAL | | 13/15 | | | |
| <i>Truente febril. Aclabada leucocitosis. Ureter. Estable no se evidencia episodios convulsivos ni deposiciones de leche ni de tolerancia. ni ingesta. Ureter. Sin protrusión.</i> | | | | | | Prescripción/Procedimientos Realizados | | | | | |
| Impresión Diagnóstica <i>epidemia encefalica</i> | | | | | | BN09/1. Bolo 1000cc. | | | | | |
| <i>AOX.</i> | | | | | | <i>Dipirona 1gr IV Alora tubo y de ludo</i> | | | | | |
| Exámenes Solicitados | | | | | | <i>Metoclopramida 10mg IV Paratidina 5mg IV</i> | | | | | |
| | | | | | | <i>Paracetamol</i> | | | | | |
| DESTINO DEL PACIENTE | | | | | | <i>Paciente con respuesta clínica a los cepitadicos</i> | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatorio | | Hospitalario | | | | <i>efectivos a la administración Salicila</i> | | | | | |
| Remisión | | Morgue | | | | <i>con Frecuencia Médica y signos de coacción</i> | | | | | |

15:30

con Frecuencia Médica y signos de coacción

TRATAMIENTOS

B - ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS

| DIA MES AÑO | | | | | | | | | | | |
|--|------------|------------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| MEDICAMENTOS VIAS, DOSIS E INDICACIONES | | HORA DE ADMINISTRACION | | | | | | | | | |
| Solución Salina, 1500 cc. a darme | | 14:10 | | | | | | | | | |
| | | 14:20 | = 3. | | | | | | | | |
| | | 15:00 | | | | | | | | | |
| Metoprolol 10mg en 500cc de suero | | 14:10 | = 1 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Ranitidina 30mg IV diluida en 100cc de suero | | 14:15 | = 1 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Epinefrina 1mg IV ahora | | 14:15 | = 1 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Equipos para I reanimación I q de # 18-1 | | | | | | | | | | | |
| FIRMAS | 1er. Turno | | | | | | | | | | |
| | 2do. Turno | | | | | | | | | | |
| | 3er. Turno | | | | | | | | | | |



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
NIT: 900 211 468 - 3

FORMATO DE TRIAGE

FECHA: 29-09-2012

HORA: 14:00

NOMBRE: Ofelia Guaraa Salazar EDAD: 47

MOTIVO DE CONSULTA Embarazo - 9. Febre

GLASGOW: 4 / 4 6 / 6 5 / 5 15 / 15

ALERTA ☐ OBNUBILACIÓN ☐ ESTUPOR ☐ COMA ☐

SIGNOS VITALES:

PA 119/70 FC 76 FR 22 T 38° PULSO: REGULAR ☐ IRREGULAR ☐

ANTECEDENTES RELEVANTES

PRIORIDAD: I ☐ II ☒ III ☐

NOMBRE Y FIRMA

Dr. J. Jaramillo Londoño
Médico Generalista
C.E. 312.529.150

LA SALUD CON VISION HACIA EL FUTURO
Email: esefabiojaramillo@hotmail.com
Web: www.esefil.gov.co



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD VALPARAISO
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
NIt. 900.211.468. - 3

REGISTROS MÉDICOS
SIS 401

SERVICIO DE URGENCIA HISTORIA CLÍNICA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|--------------------|--|--|-------|--|------|--|---|--|---|--|
| Guaraca | | | Dtelia | | | EDAD | | | SEXO | | | | | | | |
| 1er Apellido | | | 2do Apellido | | | AÑOS | | | MESES | | DÍAS | | M | | F | |
| | | | | | | 46 | | | | | | | | | | |
| C.C. o T.I. No. 40614795 | | | Dirección B/c/ Centro | | | Tel.: 3128897729 | | | | | | | | | | |
| Natural | | | RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL | | | E.P.S. UNICOM | | | | | | | | | | |
| Procedente | | | C S V ESTRATO AFIL BENEFICIARIO | | | No. de AFILIACION: | | | | | | | | | | |
| Ocupación | | | Arno de con. | | | | | | | | | | | | | |

INGRESO DEL PACIENTE

| | | | | | | | | | |
|-------------|--------|---|----|---|------|-------------|---|--|--|
| Fecha | Hora | El paciente llega por sus propios medios? | | | | Estado | | | |
| 04/02 | 2:00pm | SI | NO | X | CUAL | Conciente | ✓ | | |
| Acompañante | | Parentesco | | | | Inconciente | | | |
| Dirección | | Teléfono | | | | Muerto | | | |

EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN, VIOLENCIA NO APLICABLE

| | | | | | | |
|---------------------|------|-----------------|--------|----|----|------|
| Fecha | Hora | Notificación a | | SI | NO | HORA |
| Sitio de Ocurrencia | | Policía | Fecha: | | | |
| Causa Básica que | | Familiares | Fecha: | | | |
| | | Ins. Dep. Salud | Fecha: | | | |

ANAMNESIS:

Lejos Vomito.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Presiente con cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en episodios eméticos múltiples asociado a deposiciones líquidas fétidas en #10 el día de hoy asociado a fiebre no justificada astenia y delirium. Termina con vómito y sudor.

ANTECEDENTES

| | | | | | |
|-------------------------------|-----------|---|-----|-----------------------|--|
| Antecedentes Ginecobstétricos | | No Aplicable | | | |
| G | P | A | FUM | MÉTODO ANTICONCEPTIVO | |
| Examen Físico | | | | | |
| Fc 100 | ta 100/60 | Apariencia general Regular estado General | | | |
| Fr 21 | T 38.3 | | | | |
| Cráneo y Cara | | | | | |
| Normal | | Altas | | | |
| Anormal | | | | | |
| Orotange | | Mucosas blancas. | | | |
| Normal | | | | | |
| Anormal | | | | | |
| Cuello y Torax | | Cuello simétrico | | | |
| Normal | | | | | |
| Anormal | | | | | |
| Cardiorespiratoria | | Rtcs rituales no soplos is ls sin ruidos | | | |
| Normal | | | | | |
| Anormal | | | | | |
| Abdomen | | Rtcs (+) dolor a la palpación en mano cón 2 y 3 minutos | | | |
| Normal | | | | | |
| Anormal | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|---|--|
| Genitourinario | | | | | | | | | | | |
| Normal | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | | | |
| Examen Obstetrico | | No aplicable | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Alt Uterina | | | | Situación Fetal | | Presentación Fetal | | Actividad Uterina | | | |
| Mov Fetales | | | | Longitudinal | | Cefálico | | Contracción 10Mn | | | |
| Fc.f | | | | Tranverso | | Podálico | | Duración Segundos | | | |
| Tacto Vaginal | | | | No aplicable | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| Membranas | | | | Borramiento | | Estación | | | | | |
| Pelvis | | | | Dilatación | | Cuello | | Ant. | | Posterior | |
| Extremidades | | Simétricas no edemas. | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | | | |
| Necrológico | | Normal | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Anormal | | | | | |
| Estado de Conciencia | | VALORACIÓN PUPILAR | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Conciente | | Esfera | | SI | | NO | | SI | | NO | |
| <input type="checkbox"/> Somnoliento | | En Personal | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> Isocoria | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Estuporoso | | En Lugar | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | <input checked="" type="checkbox"/> React. luz | | <input type="checkbox"/> Miosis | |
| <input type="checkbox"/> Comatoso | | En Tiempo | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> Nistagmus | | <input checked="" type="checkbox"/> Midriasis | |
| Fundoscopia | | | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | | | |
| OTROS HALLAZGOS | | NORMAL | | SI | | NO | | ESCALA DE GLASGOW | | | |
| Coordinación Movimientos | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | APERTURA OCULAR | | | |
| Equilibrios | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | Por Indicación Verbal | | | |
| Sensibilidad | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | 3 | | | |
| Tono Muscular | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | Por Estimula Dolorosa | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | 2 | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | Imposibilidad | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | 1 | | | |
| | | | | | | | | RESPUESTA VERBAL | | | |
| Reflejos | | | | | | | | Orientada | | | |
| | | | | | | | | 5 | | | |
| | | | | | | | | Confusa | | | |
| | | | | | | | | 4 | | | |
| | | | | | | | | Algunas Palabras | | | |
| | | | | | | | | 3 | | | |
| | | | | | | | | Incomprensible | | | |
| | | | | | | | | 2 | | | |
| | | | | | | | | Ausente | | | |
| | | | | | | | | 1 | | | |
| | | | | | | | | RESPUESTA MOTORA | | | |
| | | | | | | | | Por Iniciación | | | |
| | | | | | | | | 6 | | | |
| | | | | | | | | Especifica al dolor | | | |
| | | | | | | | | 5 | | | |
| | | | | | | | | Inespecifica al dolor | | | |
| | | | | | | | | 4 | | | |
| | | | | | | | | Mecanismo de Flexión | | | |
| | | | | | | | | 3 | | | |
| | | | | | | | | Mecanismo de Extensión | | | |
| | | | | | | | | 2 | | | |
| | | | | | | | | Ausente | | | |
| | | | | | | | | 1 | | | |
| | | | | | | | | PUNTAJE TOTAL | | | |
| | | | | | | | | 15/15 | | | |
| Observaciones Clínicas | | Presencia en hemisferios anteriores laterales | | | | | | | | | |
| | | Presencia en hemisferios anteriores laterales | | | | | | | | | |
| | | Presencia en hemisferios anteriores laterales | | | | | | | | | |
| Impresión Diagnóstica | | DHT Grado II | | | | | | | | | |
| | | EDA | | | | | | | | | |
| | | Sx Cerebral | | | | | | | | | |
| Exámenes Solicitados | | Hemograma | | | | | | | | | |
| | | Coprológico | | | | | | | | | |
| DESTINO DEL PACIENTE | | Ambulatorio | | | | | | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Hospitalario | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | | Morque | | | | | | | |
| | | Médico | | | | | | | | | |

A - IDENTIFICACION

| | | | |
|---------------|-----------------------------|---------------|----------------------|
| 1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES | No. HISTORIA CLINICA |
| Garcia | Salazar | Ofelia | 40.614.795 |
| SERVICIO | | SALA O CUARTO | Nº DE CAMA |

B - ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS

| MEDICAMENTOS VIAS, DOSIS E INDICACIONES | DIA MES AÑO | | | HORA DE ADMINISTRACION | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|-------|----------|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lactato de Ringer | | | 04-10-12 | 7:05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| metoclopramida 10mg IV | | | 04-10-12 | 06:55 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 12:55 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suero de hidratacion = 1 | | | 04-10-12 | 02:10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| VI.O. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acetaminofen 1gr | | | 04-10-12 | 02:20 | | | | | | | | | | | | | | | |
| V.O. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ranitidina 50mg | | | 04-10-12 | 06:55 | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV | | | | 12:55 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jeringa 10cc | | | | 7:30 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gripotermopiles | | | | 7:05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teles #18 | | | | 7:05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jeringa 5cc = 1 | | | 04-10-12 | 06:55 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jeringa 10cc = 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMAS | 1er. Turno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2do. Turno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3er. Turno | Emery | | | | | | | | | | | | | | | | | |

[illegible]



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E "FABIO JARAMILLO LONDOÑO"
Nit. 900.211.468-3

A-IDENTIFICACIÓN

NOTAS DE ENFERMERIA

Hoja No. _____

| | | | | | |
|-----------------|--|---|--|----------------------|--|
| Garcia | | Celia | | No. HISTORIA CLINICA | |
| 1er Apellido | | 2do Apellido (o de Casada) | | Nombres | |
| EDAD | | SEXO | | | |
| Años Meses Días | | H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Unica | |
| | | Servicio | | Sala o Cuarto | |
| | | | | No. de Cama | |

| FECHA | | | DETALLE |
|-------|-----|-----|---|
| Día | Mes | Año | |
| 04 | 10 | 12 | Ulcera de 4x4 cm con tipo de Desbridamiento II en mal estado general acompañada de signos la fieda cabra y continua tener signos y canalizar inmediatamente SV TA 100/60 FC 68x F 22x T 36x se procede a canalizar por 1500 a cloro y seguir con 1 gramo de Ampicilina c/ 6 horas Metoclopramida 10 mg 9/6 horas se canaliza con Telco #18 miembro superior Derecho |
| 05 | 10 | 12 | Se le administra Ampicilina 1 gramo 10. Aludo en 100 lactato de P. H. Pasas en bural lenta |
| 06 | 10 | 12 | Se le administra Acetaminofen 1 gramo Via Oral. |
| 07 | 10 | 12 | Pk en cama recibe Ho de Paritidin Metoclopramida en 100 Ccm en un bural con lactato de P. H. |
| 08 | 10 | 12 | Pk en cama recibiendo medicamento con TA 100/60 FC 58x F 22x T 36x con unafebril 30 a realizado sino deposición y no a borbudo la entrego en compañía de 1600 |
| 09 | 10 | 12 | 13h Recibo paciente en la unidad, en estado |

| FECHA | | | DETALLE |
|-------|-----|-----|---|
| Día | Mes | Año | |
| | | | → a febril, acostada, en mejores condiciones con líquidos endovenosos paucosibles |
| | | | 13/6 NOTA: Recibo historia incompleta de papelería, paciente contributiva |
| | | | 14/6 Se administra Ampicilina 1 gr. vía endovenosa. según ordenado |
| | | | 17/6 Es llevada por la doctora D. D. quien decide darle salida con fórmula médica, sale paucible en compañía de la hija, consciente, afebril, deambulando, en mejores condiciones, con fórmula médica |

ESPACIO EN BLANCO

HOSPITAL LOCAL MILAN
EPICRISIS

A. IDENTIFICACION

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|---------------------------|--|-----------------------------|--|
| 1er Apellido | | 2do Apellido (o de casada) | | Nombre | | No. Historia Clínica | |
| Eduarca. | | | | Ofelia. | | | |
| EDAD | | SEXO | | INICIACION DE LA ATENCION | | FINALIZACION DE LA ATENCION | |
| ANO MES DIA | | H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> | | FECHA | | FECHA | |
| | | | | 12 10 04 | | 12 10 04 | |
| | | | | Urg. | | Urg. | |
| | | | | SERVICIO | | SERVICIO | |

B. DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico Definitivo: EDA. Deshidratación Grado II. novata.
Bicistoparica.

Procedimientos Quirúrgicos u obstétricos

Tratamientos Ampicilina 1g IV q/6h. 9/3 coprológicos - hemograma:
LEV.


C. ORDENAMIENTO

| | | |
|---|--|--|
| 1- Resumen de Anamnesis y Examen Físico | 4- Condición del paciente a la finalización (Señalar incapacidad funcional si la hubiere). | 6- Recomendaciones |
| 2- Resumen de Evolución | 5- Pronósticos | 7- Fecha y Resultado de Exámenes Auxiliares de Diagnóstico |
| 3- Complicaciones | | 8- Firma y código del profesional responsable |

Paciente con cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en episodios eméticos y deposiciones líquidas múltiples en #10 verdosas fétidas asociadas a astenia y adinamia E.F. TA: 100/60 Fe: 100 FR: 21 T: 38.5. mucosas secas. Ruidos intestinales aumentados. y dolor a la palpación en mano eólica izquierdo. Paciente hemodinámicamente estable se inicia manejo médico. Se solicitan paraclínicos, Hemogramas coprológicos. Hemograma Htc: 38 Hb: 11.7 Hemo: 4.000 N: 38% LF: 56% Eosino: 4. Pla: 290.000. Ausculto con bicistoparica coprológico. Color Verde líquido. Enteros: 0-2xc heces suaves. G+ Parasitos. Intestinales: Blastocysts. 04/10/12 se reevalúa paciente

4

con memoria del cuadro clínico inicial no
episodios psicóticos se ordena de salida Confortamiento
médica y Cita de Control para el 03/10/12. médica
Recomendaciones Generales.


Díaz

ESPACIO EN BLANCO



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
NIT: 900 211 468 - 3

FORMATO DE TRIAGE

FECHA: 04-10-2012

HORA: 01:50

NOMBRE: Ofelia Guerra Salazar EDAD: 47

MOTIVO DE CONSULTA lanceto dolor estomago

GLASGOW: 14 3 16 4 15 15 15

ALERTA ☒ OBNUBILACIÓN ☐ ESTUPOR ☐ COMA ☐

SIGNOS VITALES:

PA 90/50 FC 72 FR 18 T 35.5 PULSO: REGULAR ☐ IRREGULAR ☐

ANTECEDENTES RELEVANTES

PRIORIDAD: I ☐ II ☒ III ☐

NOMBRE Y FIRMA

Guerra

LA SALUD CON VISION HACIA EL FUTURO
Email: esefabiojaramillo@hotmail.com
Web: www.esefil.gov.co



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Departamento del Caquetá
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO
NIT. 900.211.468-3

Oct 4

EXAMEN DE LABORATORIO

CÓDIGO EPS: _____ CÓDIGO IPS: SAG No FACTURA _____
DEPARTAMENTO: Caq CIUDAD: Milán ZONA ☒ U URBANA ☐ R RURAL
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☐ C.C ☐ C.E ☐ P.A ☐ R.C ☐ T.I ☐ A.S ☐ M.S ☐ N.L No. DE IDENTIFICACIÓN 40614755
NOMBRE DEL USUARIO: Ofelia Guiraca COD. USUARIO _____

| HEMATOLOGIA | | | QUÍMICA SANGÜINEA | | |
|---------------|-----------|-------------------------|-------------------|-----------|---|
| | RESULTADO | V.N | | RESULTADO | V.N |
| HEMATOCRITO | 38 | H 42-52 / M 37-47 % | GLICEMIA | | 70-110 mg/dl |
| HEMOGLOBINA | 11,7 | H 14-17 / M 12-16 gm/dl | COLESTEROL TOTAL | | Hasta 200 mg/dl |
| LEUCOCITOS | 4000 | 5.000 - 10.000 m.m | HDL - C | | H37-70 / M40-85 mg/dl |
| *Neutrofilos | 78 | 50 - 65% | LDL - C | | Menor a 130 mg/dl |
| *Linfocitos | 56 | 20 - 40% | TRIGLICERIDOS | | LIMITE Hasta 150 mg/dl ALTO > 200 mg/dl |
| *Monocitos | 2 | 2 - 8% | ACIDO URICO | | H 3,4-7,0/M 2,4-5,7 mg/dl |
| *Eosinofilos | 4 | 1 - 5% | BUN | | 7 - 18 mg/dl |
| *Basofilos | | 0 - 2% | UREA | | 10 - 50 mg/dl |
| *Cayados | | 0 - 2% | CREATININA | | H 0,7-12/ M 0,5-1,0 mg/dl |
| VGS | | H 0-5 / M 0-20 mm/h | BIL. TOTAL | | Hasta 1,0 mg/dl |
| PLAQUETAS | 290.000 | 150.000-450.000/mm | BIL. DIRECTA | | Hasta 0,25 mg/dl |
| HEMOPARASITOS | | | BIL. INDIRECTA | | |

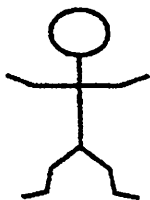
| UROANALISIS | | COPROLOGICO | FROTIS DE FLUJO VAGINAL |
|--------------------|---------------------|--|-------------------------|
| EXAMEN FISI - QUIM | EXAMEN MICROSCOPICO | COLOR: <u>Verde</u> | Fresco: |
| Color: | Cel. Epiteliales: | CONSISTENCIA: <u>ligueta</u> | *Células Guía: |
| Aspecto: | Cel. Renales: | OLOR: | *Tricomonas: |
| Densidad: | Leucocitos: | MOCO: GRASAS: | *Hongos: |
| PH: | Piocytes: | Piocytes: Micelios: | |
| Glucosa: | Bacterias: | Eritrocitos: <u>0-2+ Levaduras: Positivo</u> | |
| Proteinas: | Eritrocitos: | REACCION LEUCOCITARIA: <u>escasa</u> | |
| Cetonas: | Moco: | | Gram: |
| Sangre: | | PARASITOS INTESTINALES: | * Polimorfonucleares: |
| Nitritos: | Cristales: | <u>Plasmodium humani</u> | |
| Urobili.: | | | |
| Bilirrubina: | Cilindros: | | |
| Leucocitos: | | PH: | |
| OTROS: | | Azúcares reductores: | |
| | | Sangre oculta | |

| INMUNOLOGIA | | | VARIOS | |
|---------------------|-----------|-------------------|---------------------------------|--|
| | RESULTADO | V.N | | |
| VCDRL | | No Reactivo | FROTIS DIRECTO PARA LEISHMANIA: | |
| P.C.R. | | Menor de 6mg/dl | | |
| R.A. TEST | | Negativa para F.R | | |
| ASTOS | | Menor 200 UI/ml | | |
| ANTIGENOS FEBRILES | | | BACILOSCOPIA: | |
| 1. Tífico O | | | | |
| 2. Tífico H | | | | |
| 3. Paratífico A | | | Grupo Sanguineo: A B AB O | |
| 4. Paratífico B | | | RH: | |
| 5. Brucella abortus | | | GRAVIDEX: | |
| 6. Proteus OX 19 | | | | |

"La Salud con Visión hacia el Futuro"

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E. "FABIO JARAMILLO LONDOÑO"

| | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|--|--------------------|--|-------------------|--|-----|--|
| Genitourinario | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| Examen Obstetrico | | | | | | | | | |
| No aplicable | | | | | | | | | |
| Alt Uterina | | Situación Fetal | | Presentación Fetal | | Actividad Uterina | | | |
| Mov Fetal | | Longitudinal | | Cefálico | | Contracción 10Mn | | | |
| Fc.f | | Tranverso | | Podálico | | Duración Segundos | | | |
| Tacto Vaginal | | | | | | | | | |
| No aplicable | | | | | | | | | |
| Membranas | | | | Borramiento | | Estación | | | |
| Pelvis | | | | Dilatación | | Cuello | | AnL | |
| Posterior | | | | | | | | | |
| Extremidades | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| Necrológico | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia | | | | | | | | | |
| VALORACIÓN PUPILAR | | | | | | | | | |
| Conciente | | Esfera | | SI | | NO | | SI | |
| Somnoliento | | En Personal | | SI | | NO | | SI | |
| Estuporoso | | En Lugar | | SI | | NO | | SI | |
| Comatoso | | En Tiempo | | SI | | NO | | SI | |
| Fundoscopia | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| OTROS HALLAZGOS | | | | | | | | | |
| NORMAL | | | | | | | | | |
| SI | | | | | | | | | |
| NO | | | | | | | | | |
| ESCALA DE GLASGOW | | | | | | | | | |
| APERTURA OCULAR | | | | | | | | | |
| Coordinación Movimientos | | | | | | | | | |
| Equilibrios | | | | | | | | | |
| Sensibilidad | | | | | | | | | |
| Tono Muscular | | | | | | | | | |
| RESPUESTA VERBAL | | | | | | | | | |
| Orientada | | | | | | | | | |
| Confusa | | | | | | | | | |
| Algunas Palabras | | | | | | | | | |
| Incomprensible | | | | | | | | | |
| Ausente | | | | | | | | | |
| RESPUESTA MOTORA | | | | | | | | | |
| Por Iniciación | | | | | | | | | |
| Especifica al dolor | | | | | | | | | |
| Inespecifica al dolor | | | | | | | | | |
| Mecanismo de Flexión | | | | | | | | | |
| Mecanismo de Extensión | | | | | | | | | |
| Ausente | | | | | | | | | |
| PUNTAJE TOTAL | | | | | | | | | |
| Prescripción/Procedimientos Realizados | | | | | | | | | |
| Exámenes Solicitados | | | | | | | | | |
| Ambulatorio | | | | | | | | | |
| Hospitalario | | | | | | | | | |
| Remisión | | | | | | | | | |
| Morgue | | | | | | | | | |



Reflejos

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

HOSPITAL LOCAL MILAN
TRATAMIENTOS

REGISTROS MEDICOS
SIS 415

A - IDENTIFICACION

| | | | | | | | |
|---------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|----------------------|--|
| 1er. APELLIDO | | 2do. APELLIDO (O DE CASADA) | | NOMBRES | | No. HISTORIA CLINICA | |
| Garcia | | Sanchez | | Ofelia | | | |
| SERVICIO | | | | SALA O CUARTO | | Nº DE CAMA | |

B - ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS

| MEDICAMENTOS VIAS, DOSIS E INDICACIONES | DIA MES AÑO | | HORA DE ADMINISTRACION | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|----|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lactato de Ringer 1000 a cambio | 08 | 10 | 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lactato de Ringer 500 con 002. 1 | 08 | 10 | 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ranitidina 150mg en líquido | 08 | 10 | 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gentamicina 160/120 Aplicar OM | 08 | 10 | 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ampicilina x 1gr I.V. ahora | 08 | 10 | 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jeringa 3cc | 08 | 10 | 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| Jeringa 10cc | 08 | 10 | 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| Yelco #18 | 08 | 10 | 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupo Hæmoglobina | 08 | 10 | 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMAS | 1er. Turno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2do. Turno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3er. Turno | | | | | | | | | | | | | | | | |



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E "FABIO JARAMILLO LONDOÑO"
Nit. 900.211.468-3

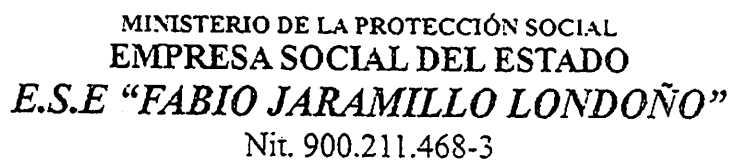
A-IDENTIFICACIÓN

NOTAS DE ENFERMERIA

Hoja No. _____

| | | | | | |
|-----------------|--|--|--|----------------------|--|
| <u>Garcia</u> | | <u>Opelia</u> | | No. HISTORIA CLÍNICA | |
| 1er Apellido | | 2do Apellido (o de Casada) | | Nombres | |
| EDAD | | SEXO | | | |
| 47 | | H <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Años Meses Días | | Servicio | | Sala o Cuarto | |
| | | <u>Urgencias</u> | | | |
| | | | | No. de Cama | |

| FECHA | | | DETALLE |
|-------|-----|-----|--|
| Día | Mes | Año | |
| 08 | 10 | 12 | Pte de arco qe ingresa al servicio de urgencias con un fuerte dolor de estomago. El medico la calorea y ordena Canalizar e hidratar con rra de lactato a chorro. y rra de lactato con 1 ampolla de Ranitidina en goteo moderado. luego el medico calorea y ordena administrar Gentamicina 160 mg 1h. Pendiente febricitas. ——— |
| 08 | 10 | 12 | Continúa pte en sala de observacion con rra permeable en miembros superior Izquierdo colocando Ranitidina en lignt rra 110/70 FG 65 Fm T36.0 ——— |
| 08 | 10 | 12 | Rebido el paciente conciente, alerta — 13h Reestada, en mejores condiciones, con líquidos endovenosos permeable. (7) nuevos ordenes ——— |
| | | | 16h Se administra ampicilina 1 gr. vía intravenosa según orden medica, por lo que todo lo anda lo unico que va a tener es dormir ——— |
| | | | 1645 Es valorada por el doctor Pita Quijorda salida con formula medica, sale paciente, conciente, alerta, con buen estado ——— |



NOTAS DE ENFERMERIA

Hoja No. _____

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|---|----------------------------|----------|--|---------------|---------|-------------|--|----------------------|--|
| | | | | | | | | | | No. HISTORIA CLINICA | |
| 1er Apellido | | | 2do Apellido (o de Casada) | | | | Nombres | | | | |
| EDAD | | SEXO | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Años Meses Dias | | H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Servicio | | Sala o Cuarto | | No. de Cama | | | |

[illegible]



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
NIT: 900 211 468 - 3

FORMATO DE TRIAGE

FECHA: 10 08 2012 HORA: 9:45

NOMBRE: Ofelia Guana EDAD: _____
MOTIVO DE CONSULTA Tengo mucho dolor en
el estomago

GLASGOW: 4 / 4 6 / 6 5 / 5 15 / 15

ALERTA ☒ OBNUBILACIÓN ☐ ESTUPOR ☐ COMA ☐

SIGNOS VITALES:

PA 110/70 FC 60 FR 20 T 36.5 PULSO: REGULAR ☒ IRREGULAR ☐

ANTECEDENTES RELEVANTES _____

PRIORIDAD: I ☐ II ☒ III ☐

NOMBRE Y FIRMA [Signature]

ESPACIO EN BLANCO



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD VALPARAISO
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
Nº 900.211.468.-3

REGISTROS MÉDICOS
SIS 401

SERVICIO DE URGENCIA HISTORIA CLÍNICA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|-----------------------------|-------|------|----------------|--------------------|
| OFELIA GONZALEZ SALAZAR | | | EDAD | | | SEXO | |
| 1er Apellido 2do Apellido Nombres | | | AÑOS | MESES | DÍAS | M | F |
| | | | 118 | | | | X |
| C.C. o T.I. No. 40.614.795. | | | Dirección BELLEROS FERRER | | | Tel.: | |
| Natural | | | RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL | | | E.P.S. Cuyacón | |
| Procedente milan | | | C | S | V | ESTRATO | AFIL. BENEFICIARIO |
| Ocupación Ama de casa | | | No. de AFILIACIÓN: | | | | |

2. EGADA DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---------------------------------------|-------|---|---|-------------|------|
| Fecha | Hora | El paciente llega por sus propios medios? | | Estado | |
| 4/2/13 | 05:59 | SI | X | NO | CUAL |
| Acompañante KENEDY: +30AM. Parentesco | | | | Conciente | |
| Dirección | | | | Inconciente | |
| Teléfono | | | | Muerto | |

EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN, VIOLENCIA NO APLICABLE

| | | | | | | |
|---------------------|------|-----------------|--------|----|----|------|
| Fecha | Hora | Notificación a | | SI | NO | HORA |
| Sitio de Ocurrencia | | Policia | Fecha: | | | |
| Causa Básica que | | Familiares | Fecha: | | | |
| | | Ins. Dep. Salud | Fecha: | | | |

| | |
|--|---|
| ANAMNESIS: | Temp malaguna |
| MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL | Paciente con antecedente de hipotirodismo en adolescencia al tratamiento la cual a ingresado al servicio de urgencias múltiples veces por cuadro clínico correspondiente a astenia y actividad desorientación temporoespacial hipotirodismo y emesis. Parto: hipotirodismo OCA placentas y trofoblasto. Tercer hijo con maltrato. |
| ANTECEDENTES | matoso |

| | | | |
|-------------------------------|---|--------------|-----|
| Antecedentes Ginecobstétricos | | No Aplicable | |
| G | P | A | FUM |

MÉTODO ANTICONCEPTIVO

| | |
|--------------------|---|
| Examen Físico | |
| Fc 59x1 | ta 90/50. Apariencia general regular |
| Fr 21 | T 35.9. SaO2: 100%. |
| Cráneo y Cara | |
| Normal | musas semisecas |
| Anormal | |
| Orolange | no congestiva |
| Normal | |
| Anormal | |
| Cuello y Tórax | movil simétrica |
| Normal | |
| Anormal | es rítmicas irregulares no rítmicas ni 12-18 |
| Cardiorespiratoria | respirado |
| Normal | |
| Anormal | |
| Abdomen | flaco blando no signo de irritación peritoneal ni |
| Normal | ulceraciones. |
| Anormal | |

Salida 13:30

| | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|--|--------------------|--|-------------------|--|--|--|
| Genitourinario | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| Examen Obstetrico | | | | | | | | | |
| No aplicable | | | | | | | | | |
| Alt Uterina | | Situación Fetal | | Presentación Fetal | | Actividad Uterina | | | |
| Mov Fetales | | Longitudinal | | Cefálico | | Contracción 10Mn. | | | |
| Fc.f | | Tranverso | | Podálico | | Duración Segundos | | | |
| Tacto Vaginal | | | | | | | | | |
| No aplicable | | | | | | | | | |
| Membranas | | | | | | | | | |
| Pelvis | | | | | | | | | |
| Borramiento | | | | | | | | | |
| Estación | | | | | | | | | |
| Dilatación | | | | | | | | | |
| Cuello | | | | | | | | | |
| Ant. | | | | | | | | | |
| Posterior | | | | | | | | | |
| Extremidades | | | | | | | | | |
| Simétricas hipotroficas | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| Necrológico | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia | | | | | | | | | |
| VALORACIÓN PUPILAR | | | | | | | | | |
| Conciente | | | | | | | | | |
| Esfera | | | | | | | | | |
| SI | | | | | | | | | |
| NO | | | | | | | | | |
| Somnoliento | | | | | | | | | |
| En Personal | | | | | | | | | |
| Isocoria | | | | | | | | | |
| SI | | | | | | | | | |
| NO | | | | | | | | | |
| Estuporoso | | | | | | | | | |
| En Lugar | | | | | | | | | |
| React. luz | | | | | | | | | |
| SI | | | | | | | | | |
| NO | | | | | | | | | |
| Comatoso | | | | | | | | | |
| En Tiempo | | | | | | | | | |
| Nistagmus | | | | | | | | | |
| Fundoscopia | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | |
| Anormal | | | | | | | | | |
| OTROS HALLAZGOS | | | | | | | | | |
| NORMAL | | | | | | | | | |
| SI | | | | | | | | | |
| NO | | | | | | | | | |
| Coordinación Movimientos | | | | | | | | | |
| Equilibrios | | | | | | | | | |
| Sensibilidad | | | | | | | | | |
| Tono Muscular | | | | | | | | | |
| Reflejos | | | | | | | | | |
| ESCALA DE GLASGOW | | | | | | | | | |
| APERTURA OCULAR | | | | | | | | | |
| Por Indicación Verbal | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| Por Estimula Dolorosa | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| Imposibilidad | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | |
| RESPUESTA VERBAL | | | | | | | | | |
| Orientada | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| Confusa | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| Algunas Palabras | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| Incomprensible | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| Ausente | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | |
| RESPUESTA MOTORA | | | | | | | | | |
| Por Iniciación | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| Especifica al dolor | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| Inespecifica al dolor | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| Mecanismo de Flexión | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| Mecanismo de Extensión | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| Ausente | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | |
| PUNTAJE TOTAL | | | | | | | | | |
| 14/15 | | | | | | | | | |
| Prescripción/Procedimientos Realizados | | | | | | | | | |
| Ver O.M. | | | | | | | | | |
| J. J. J. J. | | | | | | | | | |
| Medico | | | | | | | | | |
| Observaciones Clínicas | | | | | | | | | |
| Impresión Diagnóstica | | | | | | | | | |
| H.I. 6II - Trastorno A.E. | | | | | | | | | |
| hipotrofia | | | | | | | | | |
| Alteración psicomotora. | | | | | | | | | |
| Exámenes Solicitados | | | | | | | | | |
| Hemograma | | | | | | | | | |
| DESTINO DEL PACIENTE | | | | | | | | | |
| Ambulatorio | | | | | | | | | |
| Hospitalario | | | | | | | | | |
| Remisión | | | | | | | | | |
| Morque | | | | | | | | | |

A. IDENTIFICACION

Hoja No.

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|--|---------|-------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Guadalupe | | Salazar | | Ofelia | | No. HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | |
| 1er Apellido | | 2do Apellido (o de Casada) | | Nombres | | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Edad: _____ Peso: _____ Diagnóstico: _____ ARS/EPS: _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Servicio | | Sala o Cuarto | | | No. de Cama | | | | | | | | | | |

B. PRESCRIPCION Y ORDENES

| Día | Mes | Año | Hora | PRESCRIPCIONES Y ORDENES (Firma y Código del Responsable) | FIRMA Y CÓDIGO DE QUIEN HACE CUMPLIR LA ORDEN |
|--------------|-----|-----|-------|--|---|
| 14 | 02 | 13 | 8+15. | Observación. S/S Glucometría, S/S Hemograma. | |
| 14 / 02 / 13 | | | 10+45 | L.R Polo 100cc IV ahora continúan a 100cc/litro Kanitidina 1am V hora <i>Juan Pineda</i> Metoprololida 1,5ec. IV ahora. Kevaloran. Se administran 50mg levotiroxina la trae familia | |
| 14 / 02 / 13 | | | 13+20 | Salida. Recomendaciones Generales. Continuar con Levotiroxina V.O 1tbl Permisión Medicina Interna Ambulatoria <i>Pedro Pablo</i> Signos vitales y resultados | |

BIBLIOTECA EN BLANCO



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Departamento del Caquetá
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO
NIT. 900.211.468-3

A - IDENTIFICACIÓN

TRATAMIENTOS

| | | | | |
|---------------|-----------------------------|---------------|--------|---------------------|
| GUARACA | | Salazar | OFELIA | Nº HISTORIA CLINICA |
| 1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES | | 40614.795 |
| SERVICIO | | SALA O CUARTO | | Nº DE CAMA |

B - ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

| DÍA, MES, AÑO | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| MEDICAMENTOS VÍAS, DOSIS E INDICACIONES | | HORA DE ADMINISTRACIÓN | | | | | | | | | | | |
| 625 mg de Lorazepam | | 10:45 | | | | | | | | | | | |
| 1000 a cloro y | | 10:55 | | | | | | | | | | | |
| 1000 a nantenme | | 11:10 | | | | | | | | | | | |
| Ritodrina 30mg | | 12:15 | | | | | | | | | | | |
| IV. ahora | | | | | | | | | | | | | |
| Ritodrina 30mg | | 12:15 | | | | | | | | | | | |
| IV. ahora | | | | | | | | | | | | | |
| Velco #20 | | 10:45 | | | | | | | | | | | |
| Expo rlapos | | 10:45 | | | | | | | | | | | |
| FIRMAS | 1er. Turno | | | | | | | | | | | | |
| | 2do. Turno | | | | | | | | | | | | |
| | 3er. Turno | | | | | | | | | | | | |

"La Salud con Visión hacia el Futuro"



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

E.S.E. "FABIO JARAMILLO LONDOÑO"

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

NIT: 900.211.468 - 3

A. IDENTIFICACIÓN

NOTAS DE ENFERMERÍA

Hoja No. _____

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|---------------|--|----------------------|
| GUARACA | | SALAZAR | | GELIA | | No. Historia Clínica |
| 1 er. APELLIDO | | 2do. APELLIDO (O DE CASADA) | | NOMBRES | | 40.614.795 |
| EDAD | | SEXO | | URGENCIA | | |
| 48 | | H <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | Servicio | | |
| Años Meses Días | | | | Sala o Cuarto | | |
| | | | | No. De Cama | | |

| FECHA | | | DETALLE |
|-------|-----|-----|---|
| DÍA | MES | AÑO | |
| 14 | 02 | 13 | 05:59. Ingresó paciente de 48 años de edad al servicio de urgencia acompañada de la nuera deambulando por s.s. propios medios la paciente emite tener dificultad para respirar y mareos — — — — — |
| | | | 06:03 Se toman signos vitales T.A. 90/60 pulso asimétrico 100% T. 35.2 — — — — — |
| | | | 06:07 Paciente y acompañante refieren que se han por sus propios medios del servicio de urgencia para viajar a la ciudad de Iquitos se les hace firmar Retiro Voluntario y no esperan que sea valorada por la doctora meiglar — — — — — ALEXANDER |
| 14 | 02 | 13 | 7:00 y 30 Reingreso p.k. al Servicio en Regular estado se le indica que se acueste en una cama y que opere un monitor muntado. La Médica ingresa al consultorio a revisarlo y se le pregunta que por que firmó Retiro Voluntario. — — — — — Vicky |
| | | | 10:45 Lo Médico ordena Canalizar con lactato de Ringer 1000 a clamo Se Canaliza con Velco: 20 |

miembro superior 129 12. ph se
banguiza ph irritable se quiza
constantemente. - - -

11:25. lo ph se quiza el grupo de
Mangoto provocando lo salido de
Sangre por el Yelo pter intranguila
(xxx) Se le indica a la familia de la ph
que este pendiente de ella.

12:00 La ph ya logra extraer Cruz
yo que se le dificultaba por los 1000.
El locob de Ringer se hidrata y se
dita en observacion. - - -

13 horas Entro ph en camillo de observacion
irritable, Canalizada vers pameble TA 8/60.
TGS az 20x T33.5. Pendiente de Paraclinico
para definir. - - -

13horas, realso paute en ciudad, de observacion
cuartada en familia, con liquides enderases
en miembro superior. 12quendo, esperando
resultado de Paraclinicos. con SV. TA 100/60 -
FC 7x PR 20x T36.5°C - - -

13:15. Se administra Metoclopramida 1suj. 1Valor

13:15. Se administra Pantidra 50mg IV. - - -

13:20. Medico ordena salida. - con formula medica
y remision ambulatoria, para Medico intima. -
Sale de la institucion tolerando via oral. -
Hidratada, con recomendaciones, y en compania
de la nuera



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
FABIO JARAMILLO LONDOÑO
NIT: 900 211 468 - 3

FORMATO DE TRIAGE

FECHA: 14/02/2013.

HORA: 05 + 59

NOMBRE: OFELIA GUARCA SALAZAR EDAD: 48 A.

MOTIVO DE CONSULTA mareo dificultad para
Respirar.

GLASGOW: 4 / 4 6 / 6 5 / 5 15 / 15

ALERTA ☐ OBNUBILACIÓN ☐ ESTUPOR ☐ COMA ☐

SIGNOS VITALES:

PA / FC FR T- PULSO: REGULAR ☐ IRREGULAR ☐

ANTECEDENTES RELEVANTES

PRIORIDAD: I ☐ II ☒ III ☐

NOMBRE Y FIRMA

LA SALUD CON VISION HACIA EL FUTURO
Email: esefabiojaramillo@hotmail.com
Web: www.esefill.gov.co



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.E. "FABIO JARAMILLO LONDOÑO"

NIT 900.211.468 - 3

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN
REGISTROS MEDICOS
SIS 412 A

REMISIÓN DE PACIENTES
SOLICITUD

A. IDENTIFICACIÓN DE INSTITUCIONES

| | | | |
|-----|---------------------|----|--|
| DE: | Hospital Voluntaria | A: | |
|-----|---------------------|----|--|

B. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|
| 1er. APELLIDO | | 2do. APELLIDO (O DE CASADA) | | NOMBRES | | No. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE REMITE |
| CARRERA | | | | OLGA | | |
| EDAD | | SEXO | | RESIDENCIA HABITUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País) | | No. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE RECIBE |
| AÑOS MESES DÍAS | | H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | | | |
| PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRE Y RELACION DE PARENTESCO): | | | | | | |
| RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del país) | | | | | | TELÉFONO |

C. SOLICITUD DE ATENCIÓN

| | | |
|-------------------------|-------------------|----------------------------|
| FECHA DE REMISIÓN | MÉDICO QUE REMITE | SERVICIO AL CUAL SE REMITE |
| 14 02 13 DÍA MES AÑO | Margarita Coto | Med. Interna |

D. ORDENAMIENTO

| | | |
|--|---------------------------|---|
| 1. Resumen de Anamnesis y Examen Físico | 3. Resúmenes de Evolución | 6. Tratamientos Aplicados |
| 2. Fechas y Resultados de Exámenes Auxiliares de Diagnóstico | 4. Diagnóstico | 7. Motivo de Remisión |
| 5. Complicaciones | | 8. Firma y Código de la Persona Responsable |

Tratada con antiepilepticos de hipotensión sin alteración al tratamiento médico consulta en cuadro clínico de costura, adinamia y tralada distal.

Tratado con hipotensión de 100/60 mmHg.

Hosp. para individuos. Trx. Medicin. Hipotensión.

Examen físico TA: 100/60 FC: 65 PR: 14 T: 36.6

Tr: Compuestas. No. de 100/60 mmHg.

Sin alteración. Hb: 10.0 g/dl. No. de 100/60 mmHg.

Tratado con hipotensión de 100/60 mmHg.

Hipertensión. No. de 100/60 mmHg.

Tr. Hipotensión sin alteración.

Tr. Hipotensión sin alteración.

DECLARACION DE RETIRO VOLUNTARIO

A- IDENTIFICACION

| | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--------------------------|--|----------------------|--|
| GUARACA | | ZALAZAR | | OFELIA | | No. Historia Clínica | |
| 1er. Apellido | | 2do. Apellido o de casada | | Nombres | | | |
| EDAD | | SEXO | | | | | |
| 48 | | H <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | J.P.S. Milan | | 14 02 2015 06 | |
| Años Meses Día | | | | Nombre de la Institución | | Ciudad | |
| | | | | | | Día Mes Año Hora | |

B - DECLARACION

El (la) suscrito (a) OFELIA GUARACA SALAZAR

(Nombre del paciente o del responsable del retiro)

Declara que habiendo sido debidamente informado(a) sobre los riesgos y posibles complicaciones de salud que implica el retiro voluntario de ésta Institucion,

Hospital Local Milan

(Nombre de la Institución)

Bajo mi propia responsabilidad decido abandonarla y en consecuencia declaro que ni la Institución ni su personal serán responsables en caso de complicaciones.

Firmado:

Ofelia Guaraca

c.c. No. 40 614 795

de Florencia