

CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

No. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:	CC	52528510	No. ADMISIÓN	H202016121
NOMBRE PACIENTE:	SANCHEZ FORERO ANDREA		EDAD: 41 AÑOS	SEXO: FEMENINO
CIUDAD DE NACIMIENTO:	BOGOTA D.C.	FECHA DE NACIMIENTO:	29/09/1979	NACIONALIDAD: COLOMBIANO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	CARR 69 21A 22 SUR	CIUDAD DE RESIDENCIA:	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO RESIDENCIA:
TELÉFONO DE RESIDENCIA:	0000	ESTADO CIVIL:	SOLTERO (A)	OCUPACIÓN:
DIRECCIÓN DE OFICINA:		CIUDAD DE OFICINA:	BOGOTA D.C.	Pensionados, Estudiantes y Amas de Casa
TELÉFONO OFICINA:				DEPARTAMENTO OFICINA:
				Bogota D.C.
PERSONA ACOMPAÑANTE:		PARENTESCO:		
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		TELÉFONO:		
PERSONA RESPONSABLE:	JESID TORRES D	PARENTESCO:	ESPOSO	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	D	TELÉFONO RESIDENCIA:	3014337444	

DATOS ADMISIÓN

PACIENTE DE	SECCIÓN	TIPO CAMA	No. HABITACIÓN	FECHA INGRESO	HORA INGRESO
Primera Vez				07/12/2020	14:38

PROCEDIMIENTO

MÉDICO HOSPITAL:	1000	.. INSTITUCIONAL .
MÉDICO TRATANTE:	1000	.. INSTITUCIONAL .

ENTIDAD PRINCIPAL	NÚMERO DE CARNÉ	CAJA	VALOR
EPS SANITAS S.A.S	10614169511		

ENTIDADES SECUNDARIAS

EPS SANITAS S.A.S (RECOBRABLES), PARTICULAR

ÚLTIMAS ADMISIONES

A202012395 H202016121 U202076946 P2020230957 E2020155136

NOMBRE PACIENTE:
SANCHEZ FORERO ANDREA

52528510	H202016121	07/12/2020
No. HISTORIA CLÍNICA	No. ADMISIÓN	No. HABITACIÓN
		FECHA INGRESO

FIRMA DEL PACIENTE EN CONSTANCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

79608219

CÓDIGO DIGITADOR

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE EN CONSTANCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

09/12/2020 15:12

FECHA / HORA

PACIENTE PARA FACTURAR

No. ADMISIÓN	No. IDENTIFICACIÓN	FECHA INGRESO	HORA INGRESO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	No. CAJA
H202016121	52528510	07/12/2020	14:38	SS	0	
NOMBRE PACIENTE:		EDAD:		TELÉFONO DE RESIDENCIA:		TELÉFONO OFICINA:
SANCHEZ FORERO ANDREA		41 AÑOS		0000		
ENTIDAD	NÚMERO DE CARNÉ	No. HABITACIÓN	No. AUTORIZACIÓN			
EPS SANITAS S.A.S	10614169511					
	79608219	09/12/2020 15:12				
	CÓDIGO DIGITADOR	FECHA	HORA			
NÚMERO ANTICIPO:	0	VALOR ANTICIPO:				

Datos del paciente y de la entrega de componentes		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Documento de identificación		Edad (años)		Sexo (M o F)	
Primer Apellido		Fuero		Andrea				CC No. 52528570					
No. de la admisión	No. de la Habitación	Lugar de entrega del componente		Fecha de entrega		Grupo Sanguíneo y Rh del Paciente		Tipo		Nombre y cargo de quien recibe y verifica componentes		Nombre y cargo de quien entrega y verifica componentes	
Qine 17	Qine 17	U-76946		7 12 10:05		A		CC		Jenny Ospina		Qine Ospina	
Observaciones a los componentes		Osdico 2017								Enfermera		Qine Ospina	

Lista de chequeo administración de Hemoderivados (No puede continuar el procedimiento a menos que la respuesta a cada pregunta sea SI)												
Componente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Medico responsable de la lista de Chequeo	
ENFERMERA												Medico responsable de la lista de Chequeo Nombre y número de cédula 52528570
¿Componente vigente según la fecha de vencimiento?	SI											
¿Se verifica identidad del paciente (verbal, manilla) contra componente sanguíneo y control clínico?	SI											
¿El grupo del componente es compatible con el grupo del receptor (confrontar con protocolo o memorócha)?	SI											
¿La transfusión se dio sin reacción adversa? En caso de signos de reacción adversa ¿diligencio el reporte y dio el manejo según el protocolo?	Ab											

MEDICO												
¿Es pertinente la transfusión (confrontar con protocolo o memorócha)?	SI											Enfermera (o) responsable de la lista de Chequeo Nombre y número de cédula Jenny Ospina 52218657
¿Existe consentimiento informado, o no aplica (extrema urgencia)?	SI											
¿Se verifica identificación del paciente (verbal, manilla) contra componente sanguíneo y Control Clínico?	SI											
¿El grupo del componente es compatible con el grupo del receptor (confrontar con protocolo o memorócha)?	SI											
¿La transfusión se dio sin reacción adversa? En caso de signos de reacción adversa ¿diligencio el reporte y dio el manejo según el protocolo?	SI											

Diligencia de acuerdo con el(los) componente(s) solicitado(s):														
Hemoglobina (g/dl) _____ Plaquetas _____ Tiempo protombina _____ Tiempo parcial trombotoplastina _____														
No.	(Diligenciamiento exclusivo de los Servicios de Transfusión)										Enfermedad de base		Indicación de la transfusión	
	Componente	Grupo sanguíneo y Rh	N° de la unidad	N° del sello de calidad	Hora (HH:MM)	Frecuencia cardíaca	Tensión arterial	Hora (HH:MM)	Frecuencia cardíaca	Tensión arterial	Fin de la transfusión			
1	CC	O neg	95083	120 186789	0955	110	120/76	0958	96°	117/60				
2														
3														
4														
5	CC	O neg	95084	120 186790	1040	96°	117/70	1045	96°	117/70				
6														
7														
8														
9														
10														
Observaciones: Bono de Anticuerpos y Prueba Cruzada: En proceso														
En caso de reacción transfusional, diligencie el formato INVESTIGACIÓN DE POSIBLE REACCIÓN TRANSFUSIONAL y entregue al servicio de transfusión completamente diligenciado junto con los desechos transfusionales y las nuevas muestras para realizar las pruebas de compatibilidad.														
Funcionario que entrega los componentes				Funcionario que recibe los componentes				Enfermera jefe que controla la transfusión				Medico que controla la transfusión		
Firma: Qine Ospina Nombre: Qine Ospina				Firma: Jenny Ospina Nombre: Jenny Ospina				Firma: Jenny Ospina Nombre: Jenny Ospina				Firma: Jenny Ospina Nombre: Jenny Ospina		

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Documento de identificación	Edad (años)	Sexo (M o F)
No. de la admisión	No. de la Habitación	Lugar de entrega del componente	Fecha de entrega	Grupo Sanguíneo y Rh del Paciente	No. Tipo	No. de la admisión
			DD MM AAAA Hora			
Observaciones a los componentes				Nombre y cargo de quien recibe y verifica componentes Nombre y cargo de quien entrega y verifica componentes		

Lista de chequeo administración de Hemoderivados (No puede continuar el procedimiento a menos que la respuesta a cada pregunta sea SI)

Componente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ENFERMERA										
¿Componente vigente según la fecha de vencimiento?	SI	SI								
¿Se verifica identidad del paciente (verbal, manilla) contra componente sanguíneo y control clínico?	SI	SI								
¿El grupo del componente es compatible con el grupo del receptor (confrontar con protocolo o memorícha)?	SI	SI								
¿La transfusión se dio sin reacción adversa? En caso de signos de reacción adversa ¿diligencio el reporte y dio el manejo según el protocolo?	NO	NO								
MEDICO										
¿Es pertinente la transfusión (confrontar con protocolo o memorícha)?	SI	SI								
¿Existe consentimiento informado, o no aplica (extrema urgencia)?	SI	SI								
¿Se verifica identificación del paciente (verbal, manilla) contra componente sanguíneo y Control Clínico?	SI	SI								
¿El grupo del componente es compatible con el grupo del receptor (confrontar con protocolo o memorícha)?	SI	SI								
¿La transfusión se dio sin reacción adversa? En caso de signos de reacción adversa ¿diligencio el reporte y dio el manejo según el protocolo?	SI	SI								

Diligencie de acuerdo con el(los) componente(s) solicitado(s):

Hemoglobina (g/dl)	Plaquetas	Tiempo protombina	Tiempo parcial tromboplastina	Enfermedad de base	Indicación de la transfusión
--------------------	-----------	-------------------	-------------------------------	--------------------	------------------------------

No.	Componente	Grupo sanguíneo y Rh	N° de la unidad	N° del sello de calidad	Hora (HH:MM)	Frecuencia cardíaca	Tensión arterial	Hora (HH:MM)	Frecuencia cardíaca	Tensión arterial
1	CE	ONeg.	12017668	120187785	9:40	96x	116/73	9:45	95x	115/73
2	CE	ONeg.	12017704	120187858	9:45	85x	115/77	9:50	94x	115/72
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Observaciones: Se canceló de enbolic / prueba urde en proceso.

En caso de reacción transfusional, diligencie el formato INVESTIGACIÓN DE POSIBLE REACCIÓN TRANSFUSIONAL y entégalo al servicio de transfusión completamente diligenciado junto con los desechos transfusionales y las nuevas muestras para realizar las pruebas de compatibilidad.

Funcionario que entrega los componentes	Funcionario que recibe los componentes	Enfermera jefe que controla la transfusión	Médico que controla la transfusión
Firma: Nombre:	Firma: Nombre:	Firma: Nombre:	Firma: Nombre:

Número de serie	41235
Nombre dispositivo	Salas CX
Nombre hospital	Clinica Colombia
ID muestra	7751
Modo muestra	Normal

Segundo Apellido	sala 1 neonato
Tipo de muestra	Sangre
Tipo de sangre	Venosa mezclada
Temperatura	36.5 °C
AO ₂	0.21
Sala	
tHb(e)	15.0
Nombre	
Primer apellido	
ID paciente	

HI Andres Suarez
F0800

Barómetro	564.1 mmHg		
pH	6.976	[7.350 - 7.450]	↓
PCO ₂	74.0 mmHg	[32.0 - 48.0]	↑
PO ₂	20.1 mmHg	[83.0 - 108.0]	↓
pH ^t	6.982		
PCO ₂ ^t	72.4 mmHg		
PO ₂ ^t	19.4 mmHg		
cHCO ₃ ⁻	16.9 mmol/L		
SO ₂	Valor inf. a 30.0 %		↓↓×
BE	-16.71 mmol/L		
tHb	19.5 g/dL	[11.5 - 17.8]	↑
Hct	58.8 %	[36.0 - 53.0]	↑
PAO ₂	Tipo de sangre incorrecto		×
Índice PF	95.85 mmHg		
cH ⁺	105.6 nmol/L		
Na ⁺	134.8 mmol/L	[136.0 - 145.0]	↓
K ⁺	7.17 mmol/L	[3.50 - 5.10]	↑
Ca ²⁺	1.555 mmol/L	[1.150 - 1.330]	↑
Cl ⁻	103.9 mmol/L	[98.0 - 107.0]	
Glu	35 mg/dL	[74 - 101]	↓
Lac	6.7 mmol/L	[1.0 - 1.8]	↑
O ₂ Hb	Valor inf. a 30.0 %		↓↓×
COHb	1.4 %	[0.0 - 3.0]	
MetHb	1.1 %	[0.0 - 1.5]	
HHb	Valor sup. a 70.0 %		↑↑×
Bili	Valor inf. a 3.0 mg/dL		↓↓×

cobas b 123 POC system

Número de serie	41235
Nombre dispositivo	Salas CX
Nombre hospital	Clinica Colombia
ID muestra	7750
Modo muestra	Normal

Segundo Apellido	sala 1
Tipo de muestra	Sangre
Tipo de sangre	Arterial
Temperatura	36.0 °C
FI _{O2}	0.70
Sala	
tHb(e)	15.0
Nombre	
Primer apellido	
ID paciente	

Barómetro	564.2 mmHg		
pH	7.352	[7.350 - 7.450]	
PCO ₂	31.7 mmHg	[32.0 - 48.0]	↓
PO ₂	264.2 mmHg	[83.0 - 108.0]	↑
pH ^t	7.367		
PCO ₂ ^t	30.3 mmHg		
PO ₂ ^t	259.5 mmHg		
cHCO ₃ ⁻	17.2 mmol/L		
SO ₂	99.5 %	[94.0 - 98.0]	↑
BE	-7.46 mmol/L		
tHb	9.7 g/dL	[11.5 - 17.8]	↓
Hct	29.8 %	[36.0 - 53.0]	↓
PAO ₂	328.5 mmHg		
Índice PF	377.49 mmHg		
cH ⁺	44.4 nmol/L		
Na ⁺	131.4 mmol/L	[136.0 - 145.0]	↓
K ⁺	4.63 mmol/L	[3.50 - 5.10]	
Ca ²⁺	1.119 mmol/L	[1.150 - 1.330]	↓
Cl ⁻	110.0 mmol/L	[98.0 - 107.0]	↑
Glu	139 mg/dL	[74 - 101]	↑
Lac	3.4 mmol/L	[1.0 - 1.8]	↑
O ₂ Hb	97.8 %	[94.0 - 98.0]	
COHb	1.4 %	[0.0 - 3.0]	
MetHb	0.2 %	[0.0 - 1.5]	
HHb	0.5 %	[0.0 - 2.9]	
Bili	Valor inf. a 3.0 mg/dL		↓↓×

Comentario

FECHA

07 / 12 / 20

Obs #3

DATOS PERSONALES

Apellido(s) y Nombre (s) del paciente	Numero de Historia Clínica	edad	edad gestacional
Andrés (Martha) Sanchez	52528510	41	35

DIAGNOSTICO

T21 T1EE

TIPO EXAMEN

Monitoria Electronica Fetal. Velciu

Duracion / min

TIPO DE MONITORIA:

MONITORIA CON ESTRÉS ☒

MONITORIA SIN ESTRÉS ☐

INDICE DE FISHER

Linea de Base 140 Min

VARIABILIDAD	
AMPLITUD	< 5=0 <input type="checkbox"/>
	5-10=1 <input checked="" type="checkbox"/>
	>10=2 <input type="checkbox"/>
FRECUENCIA	>6=2 <input type="checkbox"/>
	3-6=1 <input checked="" type="checkbox"/>
	<3=0 <input type="checkbox"/>

Acceleraciones numero: 3

Desaceleraciones: Tempranas ☐ Variables ☐ Tardías ☐

Total FISHER / 10

INTERPRETACION DE LAS DESACELERACION

Clasificacion de la Monitoria ACOG:

Categoria I: ☒ Categoria II: ☐ Categoria III: ☐

CONCLUSIONES Y CONDUCTA

Monitoria con estrés negativo

ESPECIALISTA 1

ESPECIALISTA 2

CLINICA COL SANITAS S.A.
CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
HISTORIA CLÍNICA No.: 53064058

PÁGINA 4

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: CATALINA PINILLA ORTEGA

IDENTIFICACIÓN: CC-53064058

GÉNERO: FEMENINO EDAD: 36 AÑOS 5 MESES 24 DÍAS

RELIGIÓN:

GRUPO SANGUÍNEO: O+

DATOS ADMINISTRATIVOS

ADMISIÓN: U 2020 76803

FECHA ADMISIÓN: 06/12/2020 09:47

ENTIDAD: EPS SANITAS S.A.S

UBICACIÓN:

PROCEDIMIENTOS

CENTRO DE COSTO ORIGEN : URGENCIAS

CENTRO DE COSTO DESTINO : LABORATORIO CLINICO

NÚMERO PEDIDO : 2863597

DESCRIPCIÓN

OBSERVACIONES

CANTIDAD CODIGO SISPRO

CUADRO HEMATICO SIN VSG

1

DIAGNÓSTICO: N93.9 - HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA,

NÚMERO DE ORDEN: 5929975 FECHA: 06/12/2020 11:36

PROFESIONAL: GIGLIOLA RUIZ VARGAS.

REGISTRO MÉDICO: 52410419.

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y/O OBSTETRICIA.

CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
CALLE 23 B # 66-46, TEL: 5948660

BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE

GENERADO: 12/6/2020 11:37:18 AM
GIGLIOLA RUIZ VARGAS

Andrea Sanchez Torero
41 años CC 52528510

Atenra PNC

RUPTURA DE MEMBRANAS <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> ARTIFICIAL <input type="checkbox"/> ESPONTANEO <input type="checkbox"/> LIQUIDO CLARO <input type="checkbox"/> MECONIO		ADMINISTRACION DE OXIGENO ORA ADMINISTRACION (hh/mm) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM INDICACION: _____ <input type="checkbox"/> MASCARA <input type="checkbox"/> CANULA Lt/min CONTACTO PIEL A PIEL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DURACION _____ HORA SALIDA HOMBRO ANTERIOR (hh/mm) _____ HORA ALUMBRAMIENTO (hh/mm) _____ TIPO <input type="checkbox"/> DUNC COMPLETA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SCHULTZE ACOMPAÑAMIENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
HORA DE PARTO / CESAREA (hh/mm) _____ VIA NACIMIENTO <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> INSTRUMENTADO TIPO DE PARTO <input type="checkbox"/> DESGARRO GRADO _____		

HORA INICIO LACTANCIA: _____

CONTROL POST- PARTO PARTO INMEDIATO

DILIGENCIA EN LAS CASILLAS PARA CADA COLUMNA E INTERVALO LA INFORMACION SEGUN CORRESPONDA						HORA DE ADMINISTRACION OXITOXICO (hh/mm)		
INTERVALO (min)	HORA	TONO UTERINO (Tónico/atónico)	SANGRADO VAGINAL (Abundante/ Moderado/ Escaso)	DIURESIS (Positivo / Negativo)	Aseo general (Si / No)	ESTADO DE CONCIENCIA	ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA (Si / No)	NOMBRE Y APELLIDO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA
5	10:55		Escaso	SV	NO	1	-	Diana Suarez
15	11:10		Escaso	SV	NO	1	-	
30	11:25		Escaso	SV	NO	1	-	
45	11:40		Escaso	SV	NO	1	-	
60	11:55		Escaso	SV	NO	1	-	
75	12:10		Escaso	SV	NO	1	-	
90	12:25		Escaso	SV	NO	1	-	
105	12:40		Escaso	SV	NO	1	-	
120	12:55		Escaso	SV	SI	1	-	

OBSERVACION:

CONTROL DE SIGNOS VITALES						EVOLUCION DE ENFERMERIA DOS HORAS POST PARTO	
INTERVALO (min)	HORA	TEMPERATURA (°C)	TENSION ARTERIAL (mmHg)	FRECUENCIA CARDIACA (latidos X min)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (Respi X min)		
5	10:55		116/89	81	18	100% / 6	
15	11:10		110/94	75	19	99% /	
30	11:25		109/93	73	19	99% /	
45	11:40		102/90	70	17	97% /	
60	11:55		117/86	60	16	97% /	
75	12:10		136/97	68	16	96% /	
90	12:25		144/99	60	20	99% / 6	
105	12:40		146/101	72	20	98% /	
120	12:55						FIRMA DE ENFERMERIA _____

ESTADO DE CONCIENCIA

1	ALERTA- ORIENTADA
2	SOMNOLENTA - FACILMENTE ALERTABLE
3	CONFUSA - PALABRAS INCOHERENTES
4	NO RESPONDE

CLINICA COLSANITAS S.A.

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS

VALIDO POR 72 HORAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

FECHA	04/12/2020 16:26	CUIDAD	BOGOTÁ D.C.
SUCURSAL	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA	TELÉFONO	5948660
NIT	800149384	DIRECCIÓN	CALLE 23 B # 66-46
NOMBRE DEL USUARIO	OLIVEROS AMAYA BARBARA	ENTIDAD AFILIACIÓN	EPS SANITAS S.A.S
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CC 26584278	PLAN USUARIO	BENEFICIARIO NO AMPARADO
CARNET	010 00000006174569	TIPO DE USUARIO	BENEFICIARIO NO AMPARADO
PLAN	CONTRATO	USUARIO	000000002
TELÉFONO	3153362001	DIRECCIÓN	CARRERA 93 D 6 37.....
MULA	AGUDA	NÚMERO DE ENTREGAS	1

TOS DE LOS MEDICAMENTOS			
DESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD
212563 - AMPICILINA SÓDICA+SULBACTAM 50 750MG TAB. CAJ X 20	TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS DURANTE 5 DÍAS. Días Tratamiento: 10	10.00	TABLETAS

FIRMA Y SELLO MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO
PEREZ JUAN CARLOS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
CC 1124018577
REGISTRO MÉDICO
1124018577
RESIDENTE DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPÍA

ENTIDAD PROVEEDORA	FIRMA DEL PACIENTE
Fecha de entrega	Medicamentos

FECHA		
07	12	2020

Obs #3

DATOS PERSONALES

Apellido(s) y Nombre (s) del paciente	Numero de Historia Clínica	edad	edad gestacional
Andrea Sanchez FORERO	52528510	4/años	35 SS

DIAGNOSTICO

THIE

TIPO EXAMEN

Monitoria Electronica Fetal. Velciu

Duracion 30 / min

TIPO DE MONITORIA:

MONITORIA CON ESTRÉS ☐

MONITORIA SIN ESTRÉS ☒

INDICE DE FISHER

Linea de Base 140 Min

VARIABILIDAD	
AMPLITUD	< 5=0 <input type="checkbox"/>
	5-10=1 <input checked="" type="checkbox"/>
	>10=2 <input type="checkbox"/>

FRECUENCIA	>6=2 <input type="checkbox"/>
	3-6=1 <input checked="" type="checkbox"/>
	<3=0 <input type="checkbox"/>

Aceleraciones numero: 3

Desaceleraciones: Tempranas ☐ Variables ☐ Tardías ☐

Total FISHER / 10

INTERPRETACION DE LAS DESACELERACION

Clasificacion de la Monitoria ACOG:

Categoria I: ☒ Categoria II: ☐ Categoria III: ☐

CONCLUSIONES Y CONDUCTA

monitoria sin estrés reactiva

ESPECIALISTA 1

ESPECIALISTA

FECHA		
07	12	20

DATOS PERSONALES

Apellido(s) y Nombre (s) del paciente	Numero de Historia Clinica	edad	edad gestacional
Andreas Sanchez Lopez	52528510	19	35

DIAGNOSTICO

TIPO EXAMEN

Monitoria Electronica Fetal. Velciu

Duracion 40 / min

TIPO DE MONITORIA:

MONITORIA CON ESTRÉS ☐

MONITORIA SIN ESTRÉS ☒

INDICE DE FISHER

Línea de Base 160 Min

VARIABILIDAD	
AMPLITUD	< 5=0 <input type="checkbox"/>
	5-10=1 <input checked="" type="checkbox"/>
	> 10=2 <input type="checkbox"/>
FRECUENCIA	> 6=2 <input type="checkbox"/>
	3-6=1 <input checked="" type="checkbox"/>
	< 3=0 <input type="checkbox"/>

Aceleraciones numero: _____

Desaceleraciones: Tempranas ☐ Variables ☐ Tardías ☐

Total FISHER _____ / 10

INTERPRETACION DE LAS DESACELERACION _____

Clasificación de la Monitoria ACOG:

Categoría I: ☒ Categoría II: ☐ Categoría III: ☐

CONCLUSIONES Y CONDUCTA

Monitoria fetal sin estrés, reactiva, ACOG I


CC 1026-361
COLEGIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
BOGOTÁ

ESPECIALISTA 1


R.M. 5084773
Cinecobobstetricia
Juan Santiana
ESPECIALISTA 2

CLINICA CC NITAS S.A.
CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
HISTORIA CLÍNICA No.: 53064058

PÁGII DE 4

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: CATALINA PINILLA ORTEGA

IDENTIFICACIÓN: CC-53064058

GÉNERO: FEMENINO EDAD: 36 AÑOS 5 MESES 24 DÍAS RELIGIÓN:

GRUPO SANGUÍNEO: O+

DATOS ADMINISTRATIVOS

ADMISIÓN: U 2020 76803

FECHA ADMISIÓN: 06/12/2020 09:47

ENTIDAD: EPS SANITAS S.A.S

UBICACIÓN:

PROCEDIMIENTOS

CENTRO DE COSTO ORIGEN : URGENCIAS

CENTRO DE COSTO DESTINO :

NÚMERO PEDIDO : 0

DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES	CANTIDAD	CODIGO SISPRO
SALA OBSERVACION EN URGENCIAS ADULTO	HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	1	

DIAGNÓSTICO: N93.9 - HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA,

NÚMERO DE ORDEN: 5929975 FECHA: 06/12/2020 11:36

PROFESIONAL: GIGLIOLA RUIZ VARGAS.

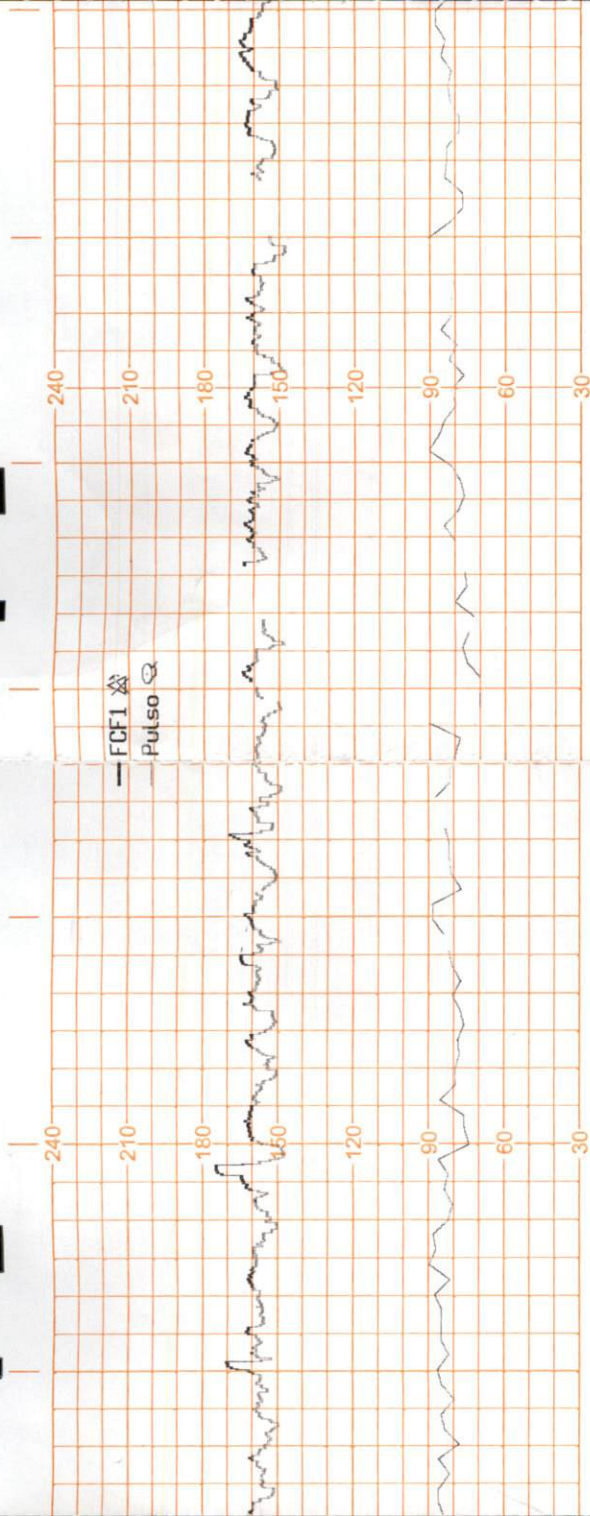
REGISTRO MÉDICO: 52410419.

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y/O OBSTETRICIA.

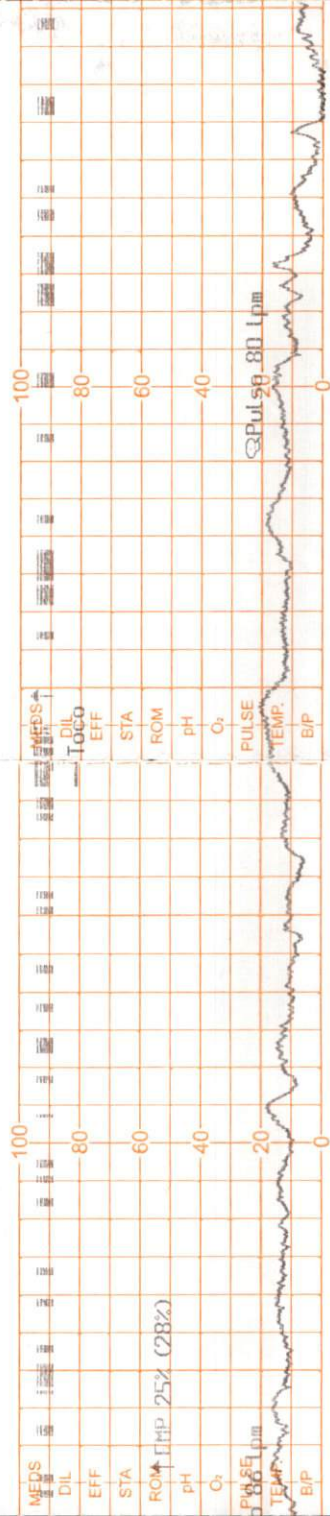
CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
CALLE 23 B # 66-46. TEL: 5948660

BOGOTA D.C. - COLOMBIA
FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE

GENERADO: 12/6/2020 11:37:18 AM
GIGLIOLA RUIZ VARGAS



ic 2020, 3 cm/min



510

-20

FCF1
Pulso Q

Gub 35

240

210

180

150

120

90

60

30

↑ 7:50, 7

MEDS

DIL

EFF

STA

ROM

pH

O₂

PULSE

TEMP.

B/P

80 Iaco

81 bpm

100

80

60

40

20

0

MEDS

DIL

EFF

STA

ROM

pH

O₂

PULSE

TEMP.

B/P

Q Pulso

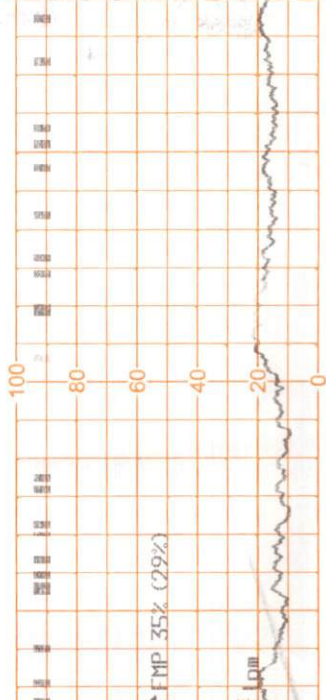
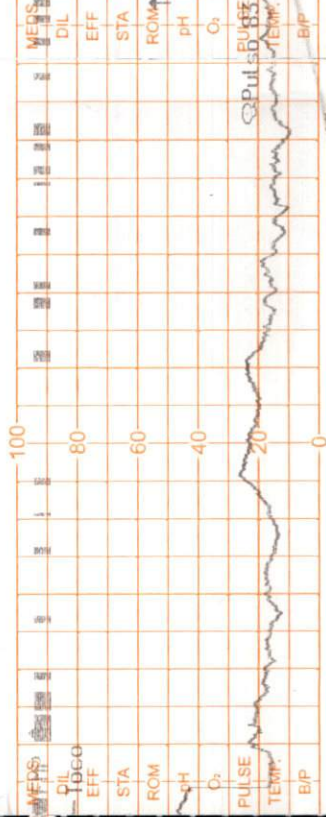
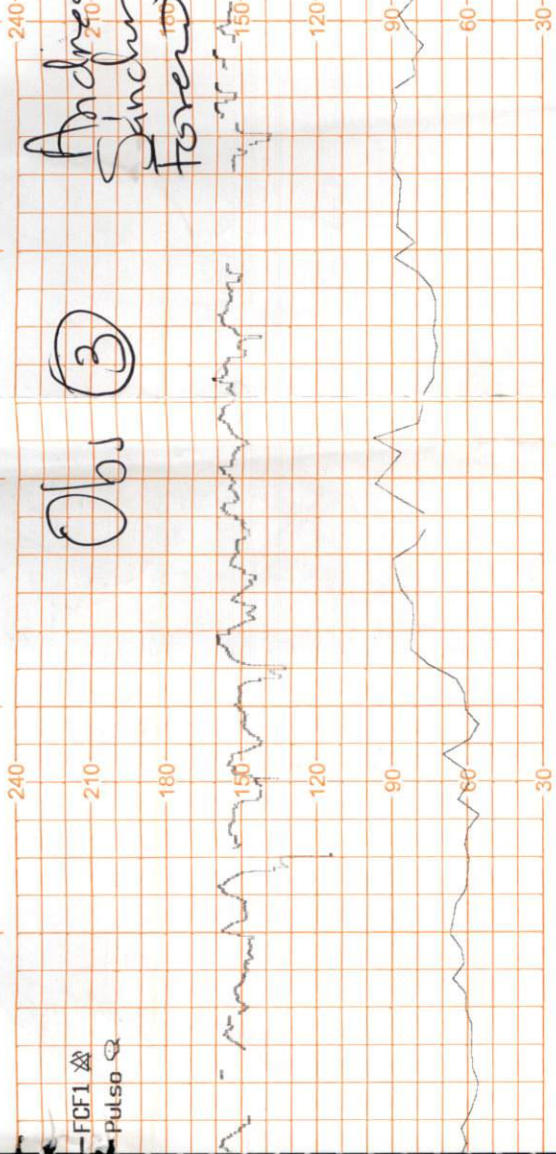
FCF1

Pulso

Obs ③

Andrea
Sindus
Forem

52528
07-12



Andrea

Sanchez Foreo

Obs #

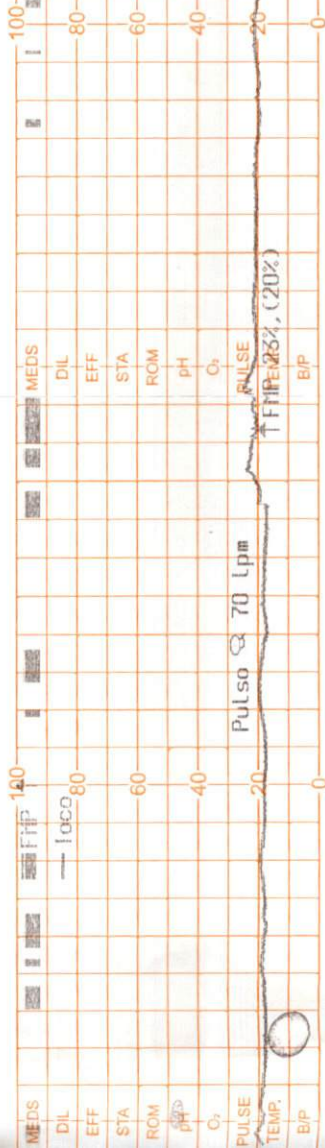
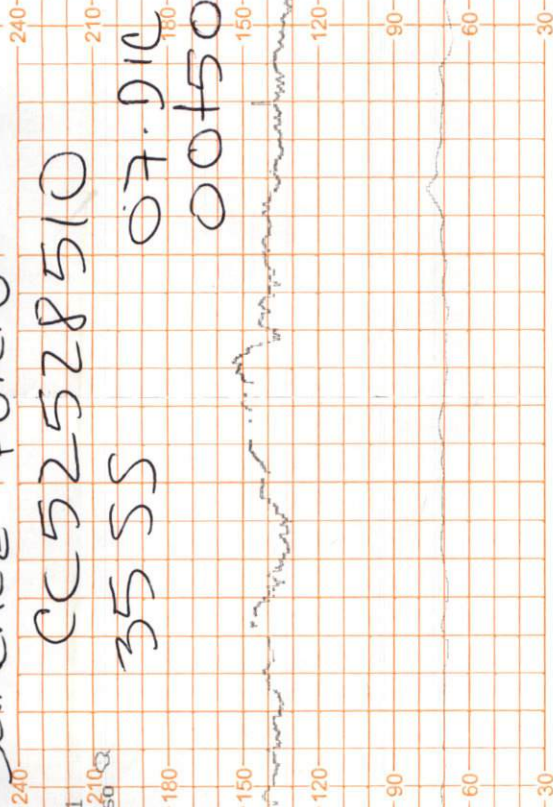
CC 52528510

35 SS

07-DIC 2020

00+50 am

— FCF1
Pulso



— FCF1 \otimes
Pulse \otimes

240
210
180
150
120
90
60
30

240
210
180
150
120
90
60
30

MEDS
DIL
EFF
STA
RC
pH
O₂
PULSE
TEMP.
B/P

ETAP
Teco

100
80
60
40
20
0

MEDS
DIL
EFF
STA
RCM
pH
O₂
PULSE
TEMP.
B/P

100
80
60
40
20
0

SPulse 20.34 PM

Reinforced

PHILIPS

Reinforced

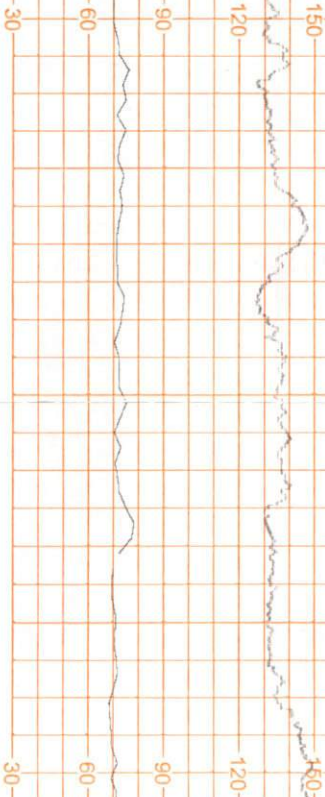
PHILIPS

Discourse 7 2020

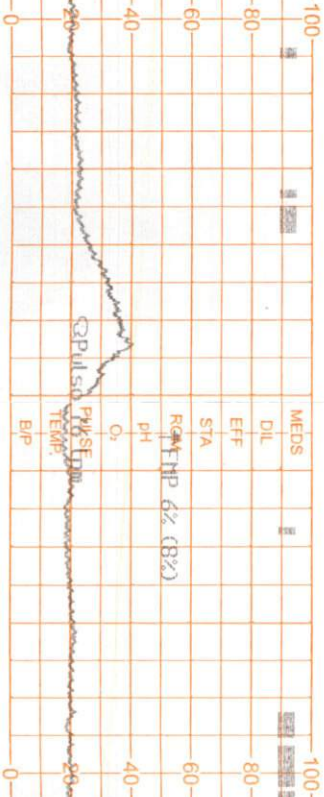
-210-

-210-

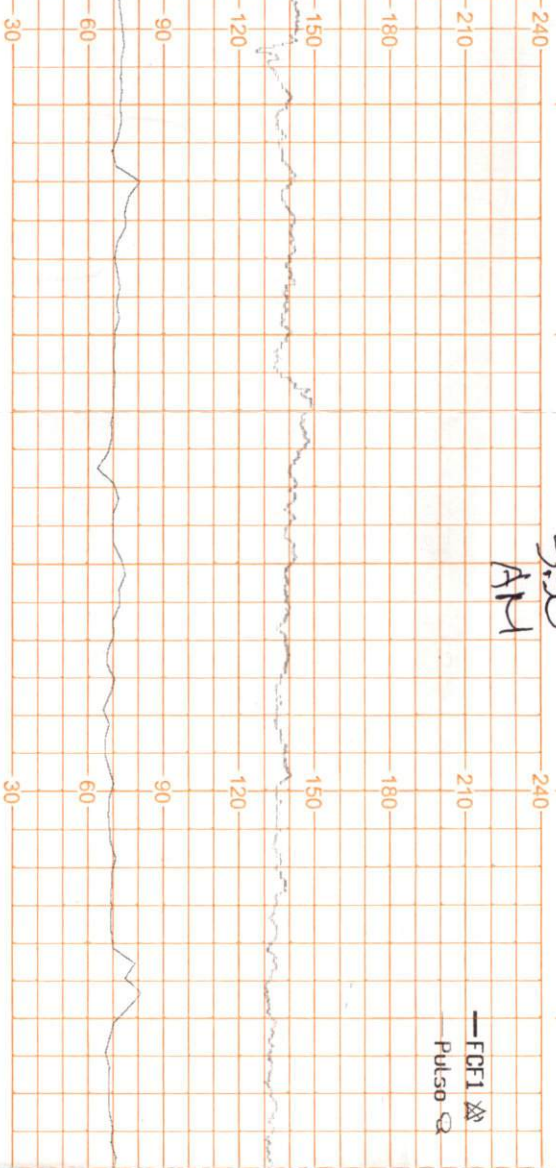
180
Cals, 35
See RC1U + TH1A E



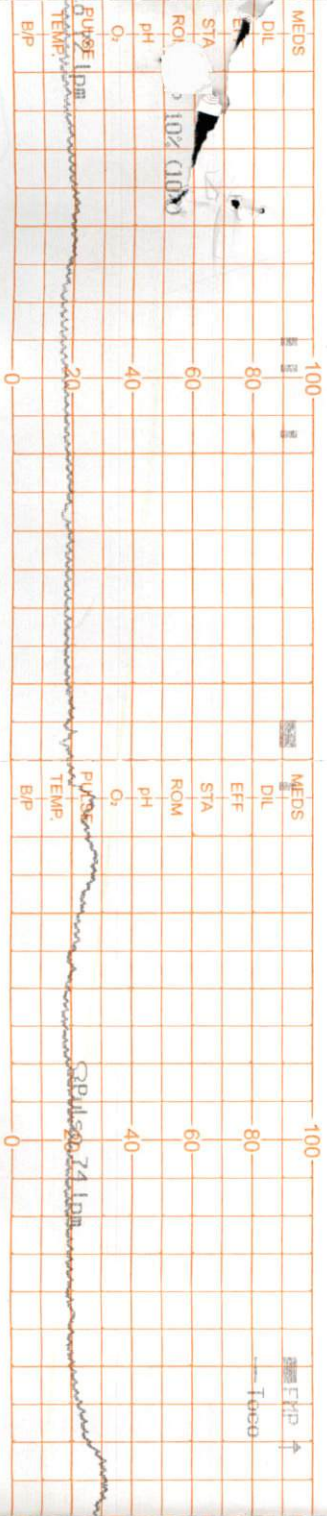
↑ 5:40, 7 Dic 2020, 3 cm/min



12/24
5:20
ANH



dic 2020, 3 cm/min



REORDER M 1810A

1206

Philips

PHILIPS

Ciudad _____ Sede _____ Fecha de diligenciamiento DD MM AAAA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre (Apellidos y nombre(s))	Empresa	Edad	<input type="checkbox"/> Día(s) <input type="checkbox"/> Mes(es) <input type="checkbox"/> Año(s)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Especialidad(es) quirúrgica(s)	Procedimiento a realizar			

ANTECEDENTES

- Anestésicos General No. _____ Regional No. _____ Última anestesia hace: _____

- Complicaciones _____

- Alérgicos _____

- Farmacológicos _____

- Hemorrágicos _____

- Patológicos _____

Paciente categoría I, urgencia vital, se describen antecedentes

- Quirúrgicos _____

- Toxicos _____

- Transfusionales _____

- Otros (familiares) _____

REVISIÓN POR SISTEMAS

Disnea ☐ Si ☐ No Grado _____ Angina ☐ Si ☐ No Grado _____

Palpitaciones ☐ Si ☐ No Precipitados por _____

Pulmonar: Tos ☐ Si ☐ No Periodicidad de la tos _____

SNC o Glasgow _____ Otros síntomas _____

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Decúbito	Frecuencia cardíaca Latidos / min	Frecuencia respiratoria Respirac. / min	Temperatura °C	Pulsoximetría %	Peso Kg	Talla m	IMC
---	--------------------------------------	--	-------------------	--------------------	------------	------------	-----

Cabeza:

Lentes de contacto ☐ Si ☐ No Prótesis ☐ Si ☐ No

Cuello normal ☐ Si ☐ No Removible ☐ Si ☐ No

Masas ☐ Si ☐ No Dientes flojos ☐ Si ☐ No

Pulsos ☐ Normal ☐ Anormal Apertura ☐ Normal ☐ Anormal

Probabilidad vía aérea difícil ☐ Alta ☐ Media ☐ Baja Otros _____

Tórax:

Ruidos cardíacos ☐ Rítmicos ☐ Arritmicos

Soplos ☐ Si ☐ No

Características del soplo _____

Auscultación pulmonar ☐ Normal ☐ Anormal

Especifique: _____

Extremidades _____

Otros hallazgos (FUR; si edad reproductiva)

EXÁMENES DE LABORATORIO

Resultado
Hematrocito
Creatinina
Nitrógeno ureico
Glicemia
Albúmina
Plaquetas x 1000

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

Electrocardiograma	Fecha del examen
Rayos X de tórax	DD MM AAAA
Otros estudios	DD MM AAAA

Diagnóstico(s)

Clasificación ASA:

Recomendaciones

Anestesiólogo

Nombre

Firma

EVALUACIÓN PREVIA A LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA

Fecha: DD MM AAAA PA: mmHg FC: latidos / min Ayuno: hrs SpO2%: Recibió medicaciones CV/AntiHTA:

Notas relevantes:

Técnica / Intervenciones propuestas:

Firma y Sello:

Paciente Categoría I y Urgencia vital

REGISTRO INTRAOPERATORIO		Anestesiólogos: <u>Belaguer / Balaz</u>		A / H: <u>25</u>		Premedicación	
Fecha: <u>07/12/2020</u>		Cirujanos: <u>Abril de Placencia</u>		Cefazolina / <u>25</u>			
Diagnósticos: <u>Cesárea Emergencia + Histerectomía</u>		Procedimiento: <u>Capnografía</u>		OTROS: <input checked="" type="checkbox"/> EKG			
MONITORIA		<input checked="" type="checkbox"/> SpO ₂		<input checked="" type="checkbox"/> Análisis ST-5 derivaciones		<input checked="" type="checkbox"/> Pot evoc	
<input checked="" type="checkbox"/> PANI		<input checked="" type="checkbox"/> Respirómetro		<input type="checkbox"/> T° central / piel		<input type="checkbox"/> Medias antiembólicas	
<input type="checkbox"/> PAI Arterial		<input checked="" type="checkbox"/> Diuresis		<input type="checkbox"/> Gases espirados		<input type="checkbox"/> Verificación puntos de presión / apoyo	
EVENTOS IOP		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
AYUNO: <u>0</u>		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
DÉFICIT: <u>100</u>		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
VOLEMI: <u>180</u>		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
PPS: a Hto de 25 / 30		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Técnica Anestésica		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
<input checked="" type="checkbox"/> General inhalatoria		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
<input checked="" type="checkbox"/> Intravenosa		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
<input type="checkbox"/> Peridural		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
<input type="checkbox"/> Espinal		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Aguja No. <u>25</u> Catéter <u>23</u>		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Nivel punción <u>23</u>		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Nivel anestésico <u>23</u>		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Bloqueo <u>23</u>		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
<input type="checkbox"/> Local controlada		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Via Aérea		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
<input type="checkbox"/> Cánula		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
<input type="checkbox"/> LMA		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
<input type="checkbox"/> Proseal		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
<input checked="" type="checkbox"/> IOT		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
<input type="checkbox"/> Fibroscopia		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Tubo doble luz <u>23</u>		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Derecho <u>23</u>		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Izquierdo <u>23</u>		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
No. <u>7.5</u>		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Lactato Ringer / SSN x 500 / 1000 ml		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Remifentanyl (Tugla) mcg/kg/min <u>0.05</u>		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Propofol 100 mg		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Quelidina 100 mg		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Diplopana 2.5 mg		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Diplopana 2.5 mg		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Hioscina 20 mg		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Hidromorfon 0.8 mg		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Carbamato 100 mg		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Dexametasona 8 mg		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Acid Tranexámico 100 mg		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Bloqueo Cálculo 100		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
PANI: Presión no invasiva		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
PAI: Presión arterial invasiva		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
EKG: Electrocardiograma		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
TEE: Eco transesofágico		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
SpO ₂ : Pulsioximetría		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
SaO ₂ : Saturación arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
PIC: Presión intracranial		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
GCN: Gasto cardíaco no invasivo		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
CNI: Compresión neumática intermitente		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
PPS: Pérdidas permisivas de sangre		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Hto: Hematocrito		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
V, A, X: Presión sistólica / diastólica / me		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
PVC: Presión venosa central		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
PCP: Presión capilar pulmonar		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
ECO ₂ : CO ₂ espirado		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Pot evoc: Potenciales evocados		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
FiO ₂ : Fracción inspirada de oxígeno		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
LMA: Máscara laríngea		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
IOT: Intubación orotraqueal		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Fin de cirugía		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
INT: Intubación nasotraqueal		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial O ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					
Presión arterial CO ₂		HORAS: <u>9:15</u> a <u>10:12</u>					

UNIDAD DE CUIDADO POSTANESTÉSICO

Hora de ingreso 10:55	Complicaciones IOP	
INGRESA CON <input type="checkbox"/> Venas <input type="checkbox"/> Arteria <input type="checkbox"/> Hemovac	<input type="checkbox"/> Catéter Peridural <input type="checkbox"/> Catéter Central <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Tubo Endotraqueal	<input type="checkbox"/> Tubo de Tórax <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica Drenaje <input type="checkbox"/> Otro(s), ¿Cuál(es)? _____

[illegible][illegible]

GASES SANGUÍNEOS							
Hora	pH	pCO ₂	paO ₂	HCO ₃	SAT	BE	LACT

Hora	LABORATORIOS			

LÍQUIDOS ELIMINADOS						
Hora						TOTAL
Líquido						
SV						

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS						
Hora						TOTAL
Líquido						

EVENTOS - DETALLES TRASLADO

- SV# 14
Y# 19 MSI
HQ GASA f. 10 Superfibre
- 132/90
78Lx
ausp2

HORA DE SALIDA: _____			
¿Cumple criterios alta (estado similar o mejor al preanestésico)?			
<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
MANEJO NVPOP:			
<input type="checkbox"/>	Tto. POP	<input type="checkbox"/>	Profilaxis
<input type="checkbox"/>	NA	<input type="checkbox"/>	NA
<input type="checkbox"/>	NA	<input type="checkbox"/>	Opioides oral
<input type="checkbox"/>	PCEA	<input type="checkbox"/>	Opioides Neuroaxial
<input type="checkbox"/>	AINES	<input type="checkbox"/>	Bloqueo DU
<input type="checkbox"/>	Peridural L	<input type="checkbox"/>	Opioides IV
<input type="checkbox"/>	Peridural T	<input type="checkbox"/>	PCA
<input type="checkbox"/>	Bloqueo Inf.	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	O ₂	<input type="checkbox"/>	Precauciones efectos Bloqueo
<input type="checkbox"/>	Profilaxis TVP	<input type="checkbox"/>	
Otras recomendaciones			

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

CRITERIOS DE EGRESO SCORE ALDRETE: Cumple ≥ 18 , hora:

Enfermera Jefe:

Observaciones:

PERMISO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

- Yo, identificado con documento de identidad; ¹Tipo No. de , por la presente autorizo a los Anestesiólogos del Departamento Anestesiología de CLÍNICA COLSANITAS S.A., a realizar en mi o en el(la) paciente el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica
- El Anestesiólogo, Dr. me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico; también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos anestésicos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas satisfactoriamente.
- Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si el anestesiólogo arriba mencionado o su equipo de trabajo lo juzgan necesario.
- Reconozco que me ha informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como : dolor de cabeza, mareo, náuseas, vómito, inflamación del sitio de la venopunción, dolor de garganta, disfonía (ronquera) escoriaciones o lesiones en la piel, en los dientes, en mucosas, retención urinaria, reacciones alérgicas; y lesiones por la(s) posición(es) necesaria(s) para realizar la cirugía además de otras complicaciones asociadas al procedimiento, y a las patologías previas. La muerte es una complicación muy rara, pero posible, más relacionada con estados clínicos de alto riesgo, que con la anestesia. Las más comunes de las complicaciones adicionales por la naturaleza del procedimiento y factores puntuales de mi caso (o del paciente) para las que se procurarán estrategias preventivas son:

*Paciente categoría I, urgencia vital, no se
Firma consentimiento*

- Comprendo y acepto que el equipo de salud de la Clínica , tendrá acceso a mi historia clínica como medio de consulta y/o de revisión de casos, durante las labores formativas que se desarrollen en virtud de los convenios docente-asistenciales celebrados entre instituciones de Educación superior y la Clínica Colsanitas S.A., bajo el entendido que dicho acceso será coordinado exclusivamente por el personal médico que tengan el reconocimiento como docente del respectivo programa académico, con total respeto y observancia de las disposiciones legales que regulan el manejo de esta información confidencial.
- Certifico que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío y conozco mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Fecha de diligenciamiento DD MM AAAA

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma:
 Documento de identidad: ¹Tipo No.

TESTIGO

Firma:
 Nombre:
 Documento de identidad: ¹Tipo No.

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente / tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIOLOGO

Firma:
 Sello:

Fecha de diligenciamiento DD MM AAAA

¹ Tipo: RC: Registro Civil; TI: Tarjeta de identidad; CC: Cédula de Ciudadanía; CE: Cédula de Extranjería; PA: Pasaporte

**CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE RIESGO DE CONTAGIO
DE COVID-19
(PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y/O DIAGNÓSTICOS PROGRAMADOS)**

Fecha: 07 de Diciembre del 2020 en la ciudad de Bogotá
Día Mes Año

Nombre del Paciente: Andrea Sanchez Torero

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ TI ☐ Otro ☐ N° 52528510

Yo Andrea Sanchez Torero, identificado con CC ☒ CE ☐
N° 52528510 de Bogotá, en pleno uso de mis facultades mentales,
actuando en nombre propio ☒ o en representación de _____ (nombre
del paciente) y con el fin de recibir el tratamiento/procedimiento

MANIFIESTO:

I. Que en forma **LIBRE Y VOLUNTARIA** contesto el cuestionario que se plantea a continuación, siendo informado de la necesidad de dar respuesta precisa y veraz a cada uno de los interrogantes, por ser de vital importancia para definir el plan de manejo y las medidas a adoptar para la protección del paciente, el personal de la salud y la comunidad en general:

A. DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS:

1. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha presentado fiebre de 38°C o más? SI ☐ NO ☒
2. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha presentado tos seca? SI ☐ NO ☒
3. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha presentado dificultad respiratoria? SI ☐ NO ☒
4. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha estado en contacto con alguien en quien se esté sospechando infección por COVID-19 o haya sido diagnosticado con esta enfermedad? SI ☐ NO ☒
5. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha estado fuera del país o en contacto con viajeros provenientes del exterior? SI ☐ NO ☒
6. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha presentado síntomas tales como diarrea, dolor de garganta, dolores articulares, congestión nasal, reducción o pérdida del olfato o del gusto? SI ☐ NO ☒

B. ¿USTED PERTENECE A ALGÚN GRUPO DE RIESGO?

1. ¿Es mayor de 65 años? SI ☐ NO ☒
2. ¿Vive en un sitio especializado para personas de la tercera edad? SI ☐ NO ☒
3. ¿Tiene alteraciones del sistema inmune? SI ☐ NO ☒
4. ¿Tiene alguna enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, etc.)? SI ☐ NO ☒
5. ¿Tiene hipertensión arterial o enfermedades del corazón? SI ☐ NO ☒
6. ¿Tiene obesidad? SI ☐ NO ☒
7. ¿Tiene problemas de azúcar (diabetes)? SI ☐ NO ☒
8. ¿Tiene alguna enfermedad renal o hepática? SI ☐ NO ☒
9. ¿Se encuentra en embarazo? SI ☒ NO ☐



II. Que el profesional de la salud me ha explicado que, además de los riesgos propios de la intervención que se realizará, en consideración a la pandemia mundial derivada del SARS-CoV-2 (COVID-19), actualmente todo procedimiento quirúrgico genera un riesgo de contagio de esta enfermedad, independientemente de que la IPS implemente, como lo ha venido realizando, todos los protocolos de bioseguridad en el quirófano y diferentes áreas hospitalarias y la adecuada utilización de los elementos de protección personal por parte del personal de salud, atendiendo los lineamientos que han dispuesto las autoridades competentes.

III. Que se me ha explicado la naturaleza de la COVID-19, su sintomatología, modo de contagio, medidas para contenerla y sus complicaciones, frente a lo cual he podido hacer las preguntas relacionadas con la misma, frente a las cuales me han dado respuesta en forma clara y satisfactoria.

IV. Que me comprometo a seguir de manera estricta las instrucciones y recomendaciones que me han sido brindadas para prevenir el riesgo de contagio de la COVID-19, relacionadas, entre otras, con las medidas de distanciamiento social, lavado de manos y uso de equipos de protección personal que me fueron indicados por el personal de salud.

Dejo constancia, con mi firma, que la información que he brindado corresponde a la realidad, que he comprendido la información que me ha sido suministrada, que he leído y estoy de acuerdo con los términos de este documento y que al suscribirlo estoy dando mi consentimiento y asumiendo los riesgos, deberes y responsabilidades que me han sido explicados.

Firma del paciente o de la persona responsable _____

Nº de documento 52528510 de Bogotá

Parentesco: _____

*En caso de firma de persona distinta al paciente.

Nombre del profesional de salud de _____

Firma del profesional de salud de _____

CC: _____ Registro No.: _____

Cargo: _____

Dra. Julieth Mancada
C.C. 1026288907
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD DE ROSARIO

Yo, Andrea Sanchez, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, autorizo al Doctor Monica y a los asistentes de su elección, a realizar la(s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es): Cesaria urgente

También se me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, así como los beneficios, las complicaciones, las posibles molestias, los riesgos inherentes a la intervención propuesta y en particular los siguientes: Intercor, Sangrado, Ruptura, Perforación Uterina, Uterino, muy voluble y total. TEP,

Se me ha informado de las siguientes alternativas de diagnóstico y/o tratamientos existentes: _____, así como de las ventajas y limitaciones del procedimiento a realizar. Así mismo, se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados en ninguna intervención quirúrgica.

Se me ha informado que en el curso de la intervención propuesta pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento o intervención autorizado o llevar a cabo procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el médico arriba mencionado lo juzga conveniente, dentro de su criterio y autonomía profesional.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. Así mismo se me ha dado la posibilidad de retirar voluntariamente el consentimiento para el procedimiento propuesto, sin detrimento en mi relación con el médico o la institución.

Finalmente, manifiesto que he recibido y comprendido toda la información respecto al procedimiento propuesto y que todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

Firma del paciente o persona responsable*

Documento de Identidad:

Tipo¹ _____ No. _____

Firma del testigo

Documento de Identidad:

Tipo¹ _____ No. _____

*Parentesco si firma una persona que no sea el paciente:

1 Coloque la sigla según corresponda CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte

DECLARACIÓN DEL MÉDICO:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial citado en el presente documento, y he contestado todas las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado.

Firma, sello y número de registro del médico

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Los actos y cuidados de enfermería son todas las actividades y procedimientos realizados por el grupo de profesionales y auxiliares durante la estancia hospitalaria o ambulatoria del paciente y que forman parte de su valoración, diagnóstico, intervención y/o tratamiento. Incluyen el seguimiento estético y periódico de las condiciones de bienestar, confort y seguridad del paciente, respetando sus derechos y promoviendo el cumplimiento de sus deberes, dentro de los estándares de calidad que caracterizan la atención en salud.

Se enfocan en el monitoreo de las condiciones de salud y la asistencia del paciente. Están coordinados permanentemente con las demás disciplinas que conforman el equipo de salud incluyéndolo los médicos tratantes para lograr de forma eficiente los objetivos terapéuticos. Los cuidados de enfermería requieren mantener canales de comunicación con el paciente, su familia y los integrantes del equipo asistencial.

II. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES FRECUENTES

Dentro de las actividades más frecuentes están:

1. **Punción arterial o venosa:** Procedimiento mediante el cual se introduce una aguja o catéter en la vena o arteria para obtener muestras de sangre. Este procedimiento conlleva unos mínimos riesgos: sensación de mareo, dolor, hematoma en el sitio de punción o sangrado y esporádicamente punción de un nervio.
2. **Otras Punciones:** En esta categoría se encuentran las punciones intramusculares (la aguja penetra la capa muscular debajo de la piel), intradérmica (la aguja penetra la capa de piel (debajo de la epidermis), subcutánea (punción del tejido subcutáneo) y capilar (muestra de sangre que se obtiene punzando la piel). Estos procedimientos son necesarios para la administración de medicamentos y realización de algunas pruebas diagnósticas. Dentro de los posibles riesgos que pueden presentarse de estas actividades se encuentran: dolor, infección, infección del sitio de punción, hematoma y sensación de mareo.
3. **Canalización de una vía venosa periférica:** Procedimiento por medio del cual se introduce un catéter en la luz de la vena con el fin de administrar líquidos y medicamentos. Los posibles riesgos que se pueden presentar de esta actividad son: infección de las punciones por dificultad en la canalización de la vena, irritación, edema, embolia y flebitis.

4. **Administración de medicamentos y líquidos endovenosos:** Procedimiento por el medio del cual se introducen al organismo por diferentes vías (oral, intravenosa, subcutánea, intramuscular, endovenosa, rectal y tópica) medicamentos. El personal de enfermería administra los medicamentos prescritos por los médicos tratantes en las dosis, frecuencias y vías que ellos indican. Existen medicamentos que pueden producir algunos molestias, riesgos o reacciones, tanto por su composición y efectos como por la vía de administración. Es responsabilidad del personal de enfermería informar previamente el nombre del medicamento y posibles efectos de los mismos. Se sugiere al paciente y/o a su representante manifestar oportunamente sus dudas para que le sean resueltas e informar las posibles molestias (dolor, náusea, vómito, inflamación, eritema en el sitio de la punción o en el trayecto del medicamento) al personal de enfermería.

5. **Higiene, aseo y confort del paciente:** Es el conjunto de medidas de limpieza enaminadas a proporcionar apoyo, bienestar físico y conservar la salud del paciente.

6. **Valoración de signos vitales:** Es la forma de determinar los valores de las funciones básicas del cuerpo. Se mide el pulso, la temperatura, la frecuencia o ritmo respiratorio y la presión arterial. Esta actividad se realiza de forma puntual o periódica, de acuerdo a la necesidad del paciente. Se requiere la utilización de algunos equipos para su ejecución: termómetro, tensiómetro, fonendoscopio, pulsímetro, monitores, entre otros.

7. **Insertión de sondas:** Dependiendo del estado del paciente, puede requerirse el uso de una sonda gástrica o de nutrición enteral (para alimentación) (sondas que se insertan desde la boca o las fosas nasales hasta la cavidad gástrica). Así como la sonda vascular, la cual se inserta a través del meato urinario hasta la vejiga.

8. **Habitación de catéteres para quimioterapia:** Los sistemas de catéteres implantables y catéteres tipo venoso, proveen acceso vascular seguro para la administración repetida de fármacos y otras sustancias. La adecuación del sistema implantable se realiza mediante la punción de la cámara ubicada debajo de la piel. La habitación del catéter central no requiere punción, se permeabiliza por la introducción de suero fisiológico por una de sus vías. El procedimiento es realizado por el personal de enfermería experto en el manejo de este tipo de catéteres. Puede conllevar los siguientes riesgos: infección, hematomas, equimosis, e irritación del medicamento en tejidos cercanos.

9. **Catéter central de inserción periférica:** Es un catéter que se inserta en una de las grandes venas del brazo o antebrazo y se lleva a una de mayor calibre cercana al corazón. El procedimiento es realizado por Enfermeras profesionales expertas. Puede conllevar riesgos como dolor, infección, hematoma, equimosis, sangrado en el sitio de inserción e infiltración.

10. **Sujeción terapéutica:** Es la forma de restringir los movimientos del paciente con el fin de evitar autolesiones o daño a terceros en pacientes agitados o sedados. Se realiza por indicación médica mediante el uso de sujetadores de tela en cuerpo o cinco puntos del cuerpo.

Este procedimiento puede conllevar las siguientes complicaciones: lesión de tejidos blandos por presión o roce con los coños, hembras, crestas ilíacas, región sacra o labios y deterioro de la perfusión periférica.

11. **Tecnología y dispositivos médicos:** Son los insumos y equipos que se emplean de forma rutinaria para la realización de todas las actividades propias de enfermería con el objeto de garantizar la atención segura, oportuna y de calidad requerida por el paciente, por ejemplo bombas de infusión, inyectores, monitores entre otros.

12. **Acompañamiento en traslados intrahospitalarios:** Para los traslados intrahospitalarios como por ejemplo los desplazamientos al baño para actividades de higiene y aseo personal, deambulación y traslado a otros servicios se brindará el acompañamiento por parte del personal de enfermería. En todo caso se resalta que la familia y/o los representantes del paciente deberán designar un cuidador que de forma permanente lo acompañe durante su estancia en la clínica. Este cuidador deberá solicitar a través del tinte de llamado la asistencia de enfermería cada vez que se requiere movilizar al paciente.

III. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD:

Yo, Andrea Sánchez Forero identificado (a) con CC número 952528510 de Bogotá AUTORIZO al personal de enfermería de la Clínica Bogotá para que durante el proceso de atención se realicen los procedimientos de enfermería antes descritos, en mi condición de paciente o en el paciente X de quien soy representante, conforme a lo ordenado por el médico tratante. Por lo anterior, se **DECLARA** en forma **LIBRE Y VOLUNTARIA** que

1. He sido informado de los riesgos y complicaciones de los procedimientos antes descritos. ☒ SI ☐ NO
2. He sido informado de la posibilidad de la toma fotográfica o filmación de videos durante los procedimientos, con el propósito y fines académicos. ☒ SI ☐ NO
3. He sido informado de la naturaleza docente de la clínica y acepto la participación en mi atención de personal en entrenamiento con la respectiva supervisión. ☒ SI ☐ NO
4. He sido informado del derecho que tengo a retirarme, si lo estimo conveniente, sin que esto afecte los restantes cuidados médicos o de enfermería. ☒ SI ☐ NO
5. He tenido la posibilidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. ☒ SI ☐ NO

6. He recibido y comprendido toda la información respecto a los procedimientos de enfermería antes descritos incluyendo sus riesgos y complicaciones. ☒ SI ☐ NO

7. Me fue informado que la historia clínica de la atención puede ser utilizada para fines académicos y epidemiológicos, guardando siempre la confidencialidad y reserva frente a la información. ☒ SI ☐ NO

8. Se me explicó que en caso de movilización se debe solicitar apoyo de familia, enfermera particular y/o acompañante y asistir al personal de enfermería de la institución. ☒ SI ☐ NO

9. Se me explicó que al salir el familiar, enfermera particular y/o acompañante de la habitación, las banderas deben quedar y permanecer arriba el límite de lavado cerca e informar al personal de enfermería para que toman las medidas necesarias. ☒ SI ☐ NO

10. Se me explicó que la enfermera cartolar, el familiar y/o el cuidador que sea designado por la familia, debe movilizar al paciente acompañado siempre por personal de la institución. ☒ SI ☐ NO

11. Todos los espacios en blanco de este documento han sido diligenciados antes de mi firma. ☒ SI ☐ NO

Una vez explicados todos los procedimientos de enfermería y sus riesgos satisfactoriamente mis inquietudes y preguntas por parte de ACS Enfermería en consecuencia leída y entendida la presente **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**, firmo en señal de aceptación.

Paciente / Autorizado
Nombre A. ANDEA SANCHEZ F. Firma X
Documento de identidad 952528510
Parecer del responsable Paciente

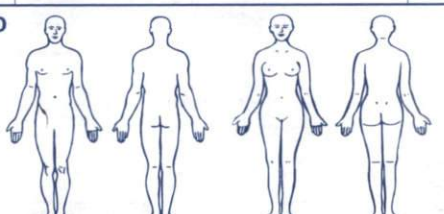

En mi condición de personal de enfermería encargado de realizar al (los) procedimientos descrito (s) doy expresa constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas y he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia me han formulado sobre el particular.

Firma Yegrid Yaneeth Salazar
Documento de identidad 52016071

Fecha en el que se firmó 07 de Diciembre del año 2020
Ciudad Bogotá

NOTA: Este consentimiento debe ser firmado por una única vez, en el momento en que el paciente ingresa a cualquier área de la clínica.

Nota: Los campos identificados con asterisco (*) aplican únicamente para CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

DATOS DEL PACIENTE (Marque con una equis "X" según corresponda)											
Fecha de diligenciamiento		Nombre completo del paciente				No. Admisión		No. Historia Clínica			
7 DIC 20		Andrea Sanchez Forero				76946		5228510			
Edad	DD	MM	AAAA	Hora de ayuno	No. Sala	Hora programada	Entidad	Superficie corporal	Peso	Talla	
41							Santa				
<input type="checkbox"/> Días	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Años	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM				
Antecedentes alérgicos:				Antecedentes patológicos:							
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?				Penicilina							
Fracción de eyección:											
Diagnóstico inicial				Diagnóstico final				Nombre del cirujano			
Procedimiento(s) quirúrgico(s) a practicar											
1. Cesarea EFI											
2.											
3.											
MEDICAMENTOS PREQUIRÚRGICOS (Diligencie o marque con una equis "X" según corresponda)											
Medicamento		Hora (HH-MM)		Dosis		Nombre de la persona que administra					
1. Cefazolina		4:07		1gr		S. P. 3726824 Enfermera					
2. Metoclopramida		4:05		10mg							
3.											
¿El paciente ingresa con volante de autorización y con admisión?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Porqué?							
LISTA DE VERIFICACIÓN (Diligencie o marque con una equis "X" según corresponda)											
DOCUMENTOS / ELEMENTOS								ENTREGA		RECIBE	
								SI	NO	SI	NO
Consentimiento informado								<input checked="" type="checkbox"/>			
Historia clínica actual								<input checked="" type="checkbox"/>			
Historia clínica antigua									<input checked="" type="checkbox"/>		
Maquillaje, uñas pintadas y joyas									<input checked="" type="checkbox"/>		
Manilla diligenciada								<input checked="" type="checkbox"/>			
Prótesis dental									<input checked="" type="checkbox"/>		
Dientes de contacto, piercing									<input checked="" type="checkbox"/>		
Sitio quirúrgico señalado (implica lateralidad)								<input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda			
Valoración preanestésica											
Glucometría		mg/dl	Tipificación y rastreo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reserva de sangre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grupo sanguíneo:		
Exámenes diagnósticos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Imágenes Radiológicas		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Laboratorio clínico		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CD <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TAC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuántos?			¿Cuántos?			¿Cuántos?			¿Cuántos?		
Cantidad de exámenes		Exámenes diagnósticos devueltos:		Nombre de quien entrega:		Nombre de quien recibe					
INDIQUE LATERALIDAD								OBSERVACIONES			
											

Auxiliar o Enfermera Jefe que entrega al paciente

Firma y sello: 
Nombre: Enfermera

Circulante de Sala que recibe al paciente

Firma y sello: _____
Nombre: _____

Nota: Los campos identificados con asterisco (*) aplican únicamente para CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

DATOS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (Diligencie o marque con una equis "X" según corresponda)

Procedimiento final

1. ABBRUCIPO DE PLACENTA
- 2.
- 3.

Hora de ingreso a salas

Hora de inducción de anestesia

Hora de incisión

Hora de finalización

HH : MM

☐ AM
☐ PM

HH : MM

☐ AM
☐ PM

HH : MM

☐ AM
☐ PM

HH : MM

☐ AM
☐ PM

Nombre completo del personal médico asistencial

- Cirujano

- 2° Cirujano

- Ayudante

- * Enfermera Jefe

DR. PERMAN
DR. GARCIA
JEFE CLAUDIA CRISTINA

- Anestesiólogo

- Instrumentadora

- Auxiliar de Enfermería

- * Perfusionista

DR. BALAGUERA
DAVID RODRIGUEZ
REGISTRO DE ANESTESIA (Diligencie o marque con una equis "X" según corresponda)

- TIPO DE ANESTESIA

☒ General

☒ Local

☐ Regional Espinal

☐ Mixta

☐ Regional Peridural

☐ Bloqueo

☐ Local controlada

Tubo No.

 Máscara
laríngea No.

INTUBACIÓN

☒ Orotraqueal

☒ Traqueotomía

☐ Guía intubación

☐ Nasotraqueal

☐ Guía Froya

☐ Cánula de oxígeno

☐ Cánula nasofaríngea

Otros:

 Complicación vía aérea ☐ No ☐ Sí ¿Cuál?

- COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA

☐ No

☐ Sí

¿Cuál?

SITIO DE COLOCACIÓN PLACA ELECTROBISTURI:

Muslo derecho
MONITORÍA INVASIVA (Diligencie o marque con una equis "X" según corresponda)

☐ Línea arterial, ubicación

☐ Catéter central, ubicación

☐ Catéter IV, No. 1 Calibre: # 18

Lateralidad:

☐ D

☒ I

☐ Catéter IV, No. 2 Calibre: # 18

Lateralidad:

☒ D

☐ I

☐ PICC, ubicación

☐ Otro(s), ¿Cuál(es)?

☐ * Asistencia ventricular

☐ * Balón de contrapulsación

☐ * Clamp

☐ * Perfusión

☐ Arresto

EXÁMENES INTRAOPERATORIOS PRACTICADOS

LABORATORIOS

☐ No

☒ Sí ¿Cuáles?

RADIOLÓGICOS

☒ No

☐ Sí ¿Cuáles?

CULTIVOS

☒ No

☐ Sí ¿Cuáles?

SONTA VESICAL

☐ No

☒ Sí No. Foley

Nombre de quien coloca la sonda:

Foley #14

 * ECOCARDIOGRAMA
INTRAOPERATORIO

☒ No

☐ Sí

* ELECTRODOS

☐ Auricular

☐ Ventricular

SIGNOS VITALES

SIGNO	AL INGRESO	AL EGRESO	UNIDAD
Tensión arterial	130/75	120/71	mmHg
Frecuencia cardíaca	110	100	X min.
Frecuencia respiratoria	18*	18'	X min.
Saturación de oxígeno (O ₂)	92%	91 1/2	%
Temperatura			°C
Fetocardia		N/A	X min.

IMPLANTES COLOCADOS

MEDICAMENTOS INTRAOPERATORIOS SUMINISTRADOS

Nombre del medicamento	Dosis administrada	Vía	Hora de admin. (HH:MM)	Persona que administra el medicamento		
				Nombre completo	Cargo	Firma
<u>Dexametasona</u>	<u>8mg</u>	<u>IV</u>	<u>9:40</u>			
<u>clotafaco</u>	<u>75mg</u>	<u>IV</u>	<u>9:35</u>			
<u>opirum</u>	<u>2.5mg</u>	<u>IV</u>	<u>9:15</u>			
<u>Glucoclo calcio</u>	<u>1gm</u>	<u>IV</u>	<u>9:30</u>			
<u>hidromorfo</u>	<u>0.5mg</u>	<u>IV</u>	<u>9:35</u>			
<u>tiocina</u>	<u>70mg</u>	<u>IV</u>	<u>9:45</u>			
<u>Norepinephrin</u>	<u>4mg</u>	<u>IV</u>	<u>9:40</u>			
<u>ONDANETRON</u>	<u>8mg</u>	<u>IV</u>	<u>9:50</u>			
<u>Traxofano</u>	<u>1gm</u>	<u>IV</u>	<u>9:48</u>			

Nota: Los , os identificados con asterisco (*) aplican únicamente para CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

CONTROL DE LÍQUIDOS

I. ADMINISTRADOS				II. ELIMINADOS	
	TEMPERATURA	CANTIDAD		CANTIDAD	
CRISTALOIDES					
- Lactato de Ringer	1500 cc °C	_____	C.C.	- Orina	8200, C.C.
- Solución salina	_____ °C	_____	C.C.	- * Hemofiltración	_____ C.C.
- * Cardioplejia		_____	C.C.	- Drenes	_____ C.C.
- * Perfusión		_____	C.C.	- Tubos	_____ C.C.
- Otros		_____	C.C.	- Sangrado	1200, C.C.
COLOIDES					
- Voluvent		_____	C.C.	- Otros	_____ C.C.
DERIVADOS SANGUÍNEOS					
- Glóbulos rojos		9	C.C.	TOTAL	_____ C.C.
- Plasma		no	C.C.		
- Plaquetas		no	C.C.		
- Crioprecipitados			C.C.		
- Salvador células y otros		no	C.C.		
INOTRÓPICOS ¿Cuáles?					
_____		_____	C.C.		
_____		_____	C.C.		
_____		_____	C.C.		
TOTAL		_____	C.C.		

CONTROL DE LÍQUIDOS HISTEROSCOPIAS - RTU - ARTROSCOPIAS

Electrolitos	Na: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Cantidad	no	Electrolitos	Na: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Cantidad	no
prequirúrgicos	K: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Cantidad	no	postquirúrgicos	K: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Cantidad	_____
Total entra				Total sale			

EGRESO DEL PACIENTE DE SALA DE CIRUGÍA

- DESTINO POST-OPERATORIO		Hora de llegada		Hora de llegada	
<input checked="" type="checkbox"/> Unidad de Cuidado Post- Anestésico (UCPA)	_____	HH:MM	<input type="checkbox"/> Cirugía Ambulatoria	_____	HH:MM
<input type="checkbox"/> Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)	_____	HH:MM	<input type="checkbox"/> Neonatos	_____	HH:MM
<input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?	_____	HH:MM			

- SE ENTREGA PACIENTE POST-QUIRÚRGICO CON

<input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica	<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> Sonda Enteral	<input type="checkbox"/> Medias Antiembólicas
<input type="checkbox"/> Línea Arterial	<input type="checkbox"/> Catéter Central	<input type="checkbox"/> Drenes	<input type="checkbox"/> Historia Clínica Antigua
<input type="checkbox"/> Vendajes	<input type="checkbox"/> Tubo mediastino	<input type="checkbox"/> Tubo Tórax	<input type="checkbox"/> Historia Clínica Completa
<input type="checkbox"/> Laboratorios Cant. _____	<input type="checkbox"/> Imágenes Radiológicas Cant. _____	<input type="checkbox"/> CD Cant. _____	
<input type="checkbox"/> Accesos venosos	<input type="checkbox"/> Comprensión neumática		

OTRAS OBSERVACIONES

TORNIQUETE

Hora Inicio	Hora Finalización	Ubicación	Presión	Zonas de Presión	Ubicación
_____ AM HH : MM <input type="checkbox"/> PM	_____ AM HH : MM <input type="checkbox"/> PM		_____ mmHg	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGÍA

Nombre de quien entrega		Nombre de quien recibe	
Karol Rodríguez		Aracely Cruz	
Patología 1	Medio	Cantidad	Descripción
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	placenta	2	Formol
Patología 2	Medio	Cantidad	Descripción
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Utero	2	Formol

MUESTRAS ENVIADAS A LABORATORIO

Nombre de quien entrega		Nombre de quien recibe	
Cultivo 1	Medio	Cantidad	Descripción
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cultivo 2	Medio	Cantidad	Descripción
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Hora de la evolución (HH:MM)	Evolución de Enfermería	Nombre de la Enfermera	Firma
9:10	Ingreso paciente a sala #1 para Abrupto de placenta, en cama. con soporte oxígeno Acceso venoso femoral, se pasa a cama quirúrgica. Se inicia lavado. Cladomero con elementos de piper se adapta sola por mango de paciente, ligados a chomero, endereza. de anestesia, placa eléctrica, ———	ARACELY CRUZ ENFERMERA C.C. 92.308.304	
9:20	Doctor Balazquez, fume muchos para unidad. de glóbulos rojos, Segundo Acceso venoso.	ARACELY CRUZ ENFERMERA C.C. 92.308.304	
9:18	Reanunciado su signos vitales ——— PC 31.5 PT 26 cm. PAB. 25 cm. talla 41 cm. peso 2700 ——— Agar 0-0-0 ———	ARACELY CRUZ ENFERMERA C.C. 92.308.304	
	NOTAS Se recibe paciente a regular estado general, palidez Generalizada por exceso Emagrecimiento urgente vital no se firmar consentimiento, ni Luta chagla	ARACELY CRUZ ENFERMERA C.C. 92.308.304	

Auxiliar de enfermería

Instrumentadora

Cirujano

Firma
Nombre:Firma
Nombre:Firma
Nombre:

DATOS GENERALES (Marque con una equis "X" según corresponda)			
Fecha de diligenciamiento 07/12/2020		Nombre completo del paciente Andrea Sánchez Fariña	
No. Historia Clínica 52528510			
DD	MM	AAAA	
Hora de Inicio HH:MM		No. Sala 1	Procedimiento Cesárea
<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			
Nombre del (los) cirujano(s) Dra. Moncada		Nombre del (los) ayudante(s) Dr. García	
Nombre del la(s) instrumentadora(s) Karol Ramirez		Nombre del (los) auxiliar(es) Aracely	
Patología + / acenta - Utero			
Cultivo			

REGISTRO INSTRUMENTACION			
Elemento	Conteo Inicial	Conteo Parcial	Conteo Final
Agujas de Sutura	9	/	9
Agujas hipodérmicas	7		7
Bulldogs			
Compresas	20		20
Cotonoides			
Drenes			
Gasas			
Hiladillos			
Hojas de bisturi	1		1
Mechas			
Punzones			
Rollos	2		2
Torundas			
Otros			

CAMBIO DE TURNO - INSTRUMENTADORA			
Nombre de quien entrega		Nombre de quien recibe	
Patología	Medio	Cantidad	Descripción
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cultivo	Medio	Cantidad	Descripción
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

OBSERVACIONES
Recuento 3 completos, 1 indeseado, 2 correctos. GPR OK Patología. Se entregan 2 vestros para


Instrumentadora(s)

Auxiliar(es)

Firma: _____
Nombre: _____

Firma: _____
Nombre: _____

STICKERS DE CINTAS INDICADORAS DE ESTERILIZACIÓN

Ropa	Indicador químico
<div><div>LOT 20JWH541</div><div>2025-09-01</div><div></div><div>(01)10885380156731 (17)250901 (10)20JWH541</div></div>	
<div><div>Cesarec S</div><div>n6</div></div>	<div><div>FE 5.12.20</div><div>Fu 20.12.20</div></div>

3M
Comply™
SteriGage
Steam Chemical
Integrator

Indicador químico

3M
EPT
Bio-Metric
to Monitor
Sterilization

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres

AJORA SANCHEZ TAAO

Edad

41

☐ Días
☐ Meses
☒ Años

Número historia clínica
52528510

Número habitación

Alérgias:

Penicilina

Diagnóstico:

pop Histadania
+ Resaca

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

MEDICAMENTO				Fecha Administración:		Fecha Administración:		Fecha Administración:	
NOMBRE	Dosis	Via	Frecuencia	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
				HORA (hh:mm)	FIRMA Y SELLO ENFERMERA JEFE		HORA (hh:mm)	FIRMA Y SELLO ENFERMERA JEFE	
DIARUA	1gm	IV	8h.	17:10	ESTHER FANT.				
HORARIO PROGRAMADO:									
09 - 17 - 201									
Geoxona	40mg	SC	Día	18:30	ESTHER FANT.				
HORARIO PROGRAMADO									
19									
Plasil	10mg	IV	8h.	14:30	Esther FANT				
HORARIO PROGRAMADO									
+ 15 23									
Omeprazol	20mg	IVO	DÍA						
HORARIO PROGRAMADO									
Saw									
Trasolol	5mg	IV	8h	15:00	Esther FANT				
HORARIO PROGRAMADO									
7 15 23									
Infliximab	300mg	VO	8h	16:00	Esther FANT				
HORARIO PROGRAMADO									
07 - 15 - 23									
HORARIO PROGRAMADO									

NOTA: - Si requiere cambiar o suspender el medicamento trace 2 líneas diagonales (//) a partir del ultimo espacio diligenciado en la columna "Firma y sello Enfermera Jefe".
- Si el medicamento no es administrado realice un círculo ○ en el espacio "Firma y sello Enfermera Jefe" frente a la hora en que debía administrarse.

MEDICAMENTO				Fecha Administración:		Fecha Administración:		Fecha Administración:	
NOMBRE	Dosis	Vía	Frecuencia	DD MM AAAA		DD MM AAAA		DD MM AAAA	
				HORA (hh:mm)	FIRMA Y SELLO ENFERMERA JEFE	HORA (hh:mm)	FIRMA Y SELLO ENFERMERA JEFE	HORA (hh:mm)	FIRMA Y SELLO ENFERMERA JEFE
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									

NOTA: - Si requiere cambiar o suspender el medicamento trace 2 líneas diagonales (//) a partir del ultimo espacio diligenciado en la columna "Firma y sello Enfermera Jefe".
 - Si el medicamento no es administrado realice un círculo ○ en el espacio "Firma y sello Enfermera Jefe" frente a la hora en que debía administrarse.

No. de menor sin identificación (MSI)

52528510

Fecha de diligenciamiento

7 12 20
DD MM AAAA

DATOS DE LA MADRE

Nombre(s) y apellidos

Andrea Sanchez Foreiro

Edad Materna

Estado civil

☐ Casada ☐ Soltera ☐ Unión libre

☐ Viuda ☐ Separada

Prueba No Treponémica

☐ Reactivo

☒ No reactivo 12/5/20

DATOS DEL PADRE

Nombre(s) y apellidos

41A

HEMOCLASIFICACIÓN

Afinidad Grupo RH CI

Madre ☒ +

Padre

RIESGO EN LA GESTACIÓN

1. ¿Control prenatal?

☒ Si ☐ No #

2. Edad Gestacional

35 semanas

3. Riesgo de la gestación

☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto

HISTORIA OBSTÉTRICA

No. Gestaciones

No. Cesáreas

No. Partos

No. Nacido vivo

No. Abortos

FACTORES DE RIESGO

☐ Anemia

☐ Cardiopatía

☐ Cesárea anterior

☐ Consanguinidad

☐ Desnutrición

☐ Desproporción Céfalopélvica

☐ Diabetes

☐ Eclampsia

☐ Gestación múltiple

☒ Hipertensión

☐ SI ☐ NO

Maduración Pulmonar

Medicamentos Maternos

☐ Hemorragias

☐ Hiperémesis

☒ Hipotiroidismo

☐ Infección

☐ Isoinmunización

Última Dosis

☐ Malformaciones

☐ Nefropatía

☐ Obesidad

☐ Pre-eclampsia

☐ Pretérmino

☐ Otros, ¿Cuál?

☐ Postérmino

☐ Rechazo al embarazo

☐ Ruptura prematura

☐ * R.C.I.U

☐ Sustancias psicoactivas

PARACLÍNICOS

☐ PCR Zika

☐ Otro ¿Cuál?

☒ HIV

☐ Toxoplasma IgG

☒ AgSHB

☒ Toxoplasma IgM

☐ SGB Vag

☒ Rubeola

☐ SGB rectal

DATOS DEL PARTO

1. Lugar de atención del parto

☒ Hospital

☐ Casa

☐ Otro, ¿cuál?

2. Vía de nacimiento

☐ Vaginal

☒ Abdominal

3. Tipo de parto

☐ Espontáneo

☐ Instrumentado

☒ Cesárea

Causa

4. Ruptura de membranas

Horas:

☒ Intraparto

☐ Precoz

☐ Prematura

☐ Prolongada

5. Anestesia

☐ Regional

☒ General

☐ Mixta

6. Duración del parto

Horas:

☐ Normal

☒ Anormal

7. Presentación

☒ Cefálica

☐ Podálica

☐ Otro, ¿cuál?

8. Variedad

☐ Anterior

☐ Posterior

☐ Transversa

9. Líquido amniótico

☐ Normal

☐ Meconio

☒ Sangre

☐ Polihidramnios

☐ Oligohidramnios

10. Estado fetal insatisfactorio

☒ Agudo

☐ Crónico

☐ Mixto

☐ No

11. Placenta

☐ Normal

☒ Anormal

☐ Habitual

Alomptio 80%a

12. Pinzamiento del cordón

☒ Precoz

☐ Habitual

☐ Diferido

☐ Circular

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

Fecha de nacimiento

7 12 20

9 + 18

Género

☒ Femenino

☐ Masculino

☐ Indefinido

Medidas al nacer

1. Peso 1700 gr.

2. Talla 41 cm.

3. Perímetro cefálico 31.5 cm.

4. Perímetro torácico 26 cm.

5. Perímetro abdominal 25 cm.

Temperatura

36.5 °C

Saturación: 98% x 0.8

FC: 120 x/min

FR: 20 x/min

Adaptación neonatal

☐ Espontánea

☒ Reanimación

Reanimación

☒ VPP

☒ Comprensión Torácica/VPP

☒ Medicamentos

☒ Adrenalina

☒ Solución Salina

Apgar al nacimiento

1 Minuto/ 10

5 Minutos/ 10

10 Minutos/ 10

20 Minutos/ 10

Silverman

10 Minutos/ 0

Otros aspectos evaluados del recién nacido

Diuresis

☐ Si ☒ No

Deposición

☐ Si ☒ No

Permeabilidad anal

☒ Si ☐ No

Permeabilidad esofágica

☒ Si ☐ No

EXAMEN FÍSICO

Marque 1 para normal y 2 para anormal, en cada ítem evaluado

2 Condiciones generales

2 Cabeza

2 Ojos

1 Cuello

2 Tórax

2 Cardiovascular

2 Pulmonar

1 Abdomen

2 Ombligo

1 Genitales

1 Ano

2 Examen neurológico

1 Extremidades superiores

1 Extremidades inferiores

Observaciones

*Frente ancho y prominente, orejas de implantación baja, hiper-telónicas, pliegue labial único izquierdo, tórax pequeño, pies anchos y equinovariados, ligeros posici...

* R.C.I.U Retardo del Crecimiento Intra Uterino

ph 6.9, HCO3 16.9, BE = -16.2, lactado 6.2 mmol/L, aspr 12, severa secundaria a abruptio de placenta.

Solo Original

De 15 de junio de 2017

VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

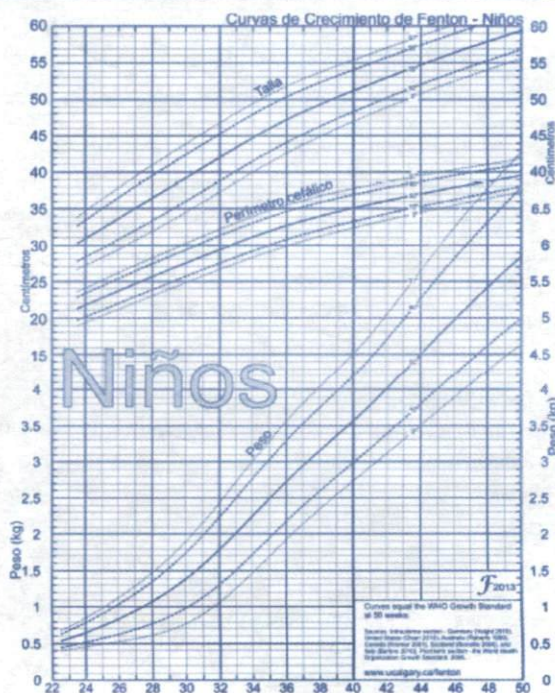
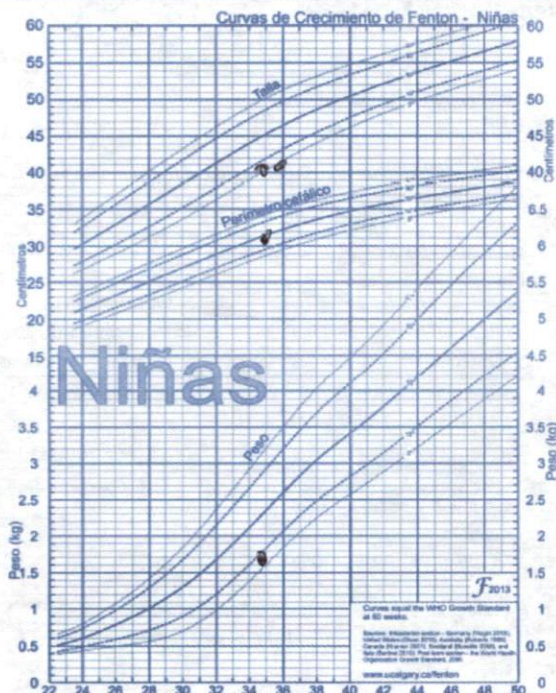
Marque con una (x) en las tablas de madurez en cada aspecto, según la valoración del neonato. Una vez termine la valoración sume los datos y determine el grado de madurez en semanas según la tabla "GRADO DE MADUREZ" de la parte inferior.

TABLA DE MADUREZ NEUROMUSCULAR						
Aspecto	0	1	2	3	4	5
Postura						
Ventana cuadrada (Muñeca)						
	90°	60°	45°	30°	0°	
Resistencia del brazo						
	180°		100°-180°	90°-100°	<90°	
Ángulo popliteo						
	180°	160°	130°	110°	90°	< 90°
Signo de la bufanda						
Talón de oreja						
Total						

TABLA DE MADUREZ FÍSICA							
Aspecto	-1	0	1	2	3	4	5
Piel	Pegajosa, quebradiza, transparente	Gelatinosa, roja, translúcida	Rosa, pálido, venas visibles	Descamación superficial, pocas venas	Áreas pálidas y agrietadas, venas raras	Engrosamiento, agrietado profundo, no venas	Dura, agrietada y arrugada
Lanugo	Ausente	Escaso	Abundante	Fino	Áreas libres	Casi no hay lanugo	
Superficie Plantar	talón-dedo gordo 40-50 mm:-1 <40mm:-2	>50 mm no hay pliegues	Marcas rojas leves	Solo pliegues transversos anteriores	Pliegues 2/3 anteriores	Los pliegues cubren toda la planta	
Mama	Imperceptible	Apenas perceptible	Areola plana no hay glándula	Areola punteada, glándula de 1-2 mm	Areola elevada, glándula de 3-4 mm	Areola completa de 5-10 mm	
Ojo/Oreja	Párpados fusionados levemente: -1 Fuertemente: -2	Párpados abiertos, pabellón liso, permanece arrugado	pabellón ligeramente incurvado, blando despliegue lento.	Pabellón bien incurvado, blando pero con despliegue rápido.	Formado y firme despliegue instantáneo	Cartilago grueso, oreja enhiesta.	
Genitales masculinos	Escroto aplanado, liso	Escroto vacío, con vagas rugosidades	Testículos en parte alta, pocos pliegues	Testículos en descenso, pocos pliegues	Testículos descendidos, varios pliegues	Testículos colgantes, varios pliegues	
Genitales femeninos	Clitoris notorio, labios aplanados	Clitoris notorio y labios menores pequeños	Clitoris notorio labios menores grandes	Labios menores y mayores iguales	Labios mayores grandes y menores pequeños	Labios mayores cubren clíto y labios menores	
Total							

VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

GRADO DE MADUREZ	
Puntos	Semana
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44



Huella pie izquierdo	Huella pie derecho	Pulgar derecho de la madre

DIAGNÓSTICO

- RNP 35 Sem
- Peso bajo al nacer y poco lucidez
- Cesarea emergente por desgarro de placenta 80%
- Manifesta de reanimación - paro cardíaco, respiratorio
- Fallece 1 hora postnatal
- Diagnóstico prenatal de Síndrome Turner, insupr-
creencia bricospidea, CIU.

TRATAMIENTO

- Se inician maniobras de reanimación $FC = 0 \text{ x/min}$ Sin tona
- Intubación orotraqueal con tubo 3.0 / Sin tona
 - 210 cm y ciclos de ventilaciones + compresiones sin mejoría. Se administra dosis de adrenalina por tubo orotraqueal dilución 1:10.000, total administrado 2 dosis, persiste en parada cardíaca respiratoria, se cateteriza vena umbilical con catéter 3.5 Fr, se administra 3 dosis de adrenalina 0.6 mg y 10 de cris taloides 20%, luego de 20 minutos la reanimación persiste sin respuesta cardíaca sin tona. Se considera hora de fallecimiento 9:38 AM.

NOTAS ADICIONALES

- Ecocardiograma fetal 20/9/20 - Corazón normal
- Ecografía Obstétrica 9/11/20 - Insuprcreencia de vena bricospidea, CIU subaortica, Sd. Turner.
- Cariotipo en muestra de velloidad corionica (1317/20) 45X0 = confirma Sd. Turner.

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre

Registro Médico

Firma

Dra. Nazly Serrato Rivas
Pediatra Neonatóloga
R.M.: 250220-02

diego Sanchez forero
b. 35. Sae + RCU + THAE

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: _____

HABITACIÓN: _____

52528510

TRASLADO DE PACIENTES INTRAHOSPITALARIOS CLÍNICA COLSANTAS

ADMISSION:

HABITACIÓN:

Q135 # 3

[illegible]

NOMBRE:

ADMI\$IÓN:

HISTORIA :

NOMBRE PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

DIAGNÓSTICO:

FECHA

HORA

INCIDENTE

EVENTO

HORA DE
SOLICITUD DE
EXAMEN
DIAGNÓSTICO

10

1

1

10

1

ADP

07-12

15/5/0

CLINICA COLSANITAS S.A.
RECOMENDACIONES DE EGRESO
GENERADO: 07/12/2020 12:09

PÁGINA 1 DE 1

CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): ANDREA SANCHEZ FORERO

IDENTIFICACIÓN: CC - 52528510

EDAD: 41 AÑOS 2 MESES 8 DÍAS

No. ADMISIÓN: U 2020 76946

No. HISTORIA CLINICA: 52528510

FECHA INGRESO: 06/12/2020

FECHA EGRESO: 07/12/2020

ENTIDAD: EPS SANITAS S.A.S

MEDICO TRATANTE: JULLIETH STEPHANNY MONCADA GARZON

No. HABITACION:

FORMULACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS

ACETAMINOFEN 500MG TAB CAJ X 24 * Cantidad 15.00. Días Tratamiento: 5

ENOXAPARINA SODICA 40MG/0.4ML(100MG/ML) SOL INY CAJ X 2JERPREL X 0.4ML * Cantidad 30.00. Días Tratamiento: 30

REALIZÓ PROCESO DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

SI

CONSULTAR SI PRESENTA

SANGRADO. DOLOR PELVICO, CEFACLEA, FOSFENOS, TINNITUS, DOLOR EN EPIGASTRIO, DOLOR TORACICO,

SIGNOS DE INFECCIÓN

FIEBRE: NO

CALOR EN LA HERIDA: NO

ENROJECIMIENTO EN LA
HERIDA:

NO

SECRECIÓN EN LA HERIDA: NO

ACTIVIDAD FÍSICA

DEAMBULACION

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

RECOMENDACIONES GENERALES

APLICACION DE TROMBOPROFILAXIS

RESULTADO DE EXÁMENES

INCAPACIDAD 30 dia(s)

FECHA CONTROL

HORA

CONSECUTIVO

LUGAR DE CONSULTA

TELÉFONO MÉDICO TRATANTE

Señor usuario porque usted es muy importante para nosotros; Clínica Colsanitas lo acompaña hasta despues de su egreso de nuestras Clinicas, es por esto que contamos con el programa de seguimiento Post Egreso, quienes podran contactarlo para aclarar sus inquietudes, identificar signos de alerta y vigilar su evolución

FIRMA Y SELLO MÉDICO

FIRMA USUARIO

NOMBRE JULLIETH STEPHANNY MONCADA GARZON

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN 1026260907

REGISTRO MÉDICO 1026260907

RELACIÓN DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA HISTORIA CLÍNICA

Nombres y Apellidos		Andrés Sánchez Fern		Identificación		52528310	
Número de Admisión		4116121		Habitación		810	

Tipo de Documento			Forma	Folios	Tipo de Documento			Forma	Folios	
Ingreso	1	Admisión	Sistema		Apoyo Terapéutico	48	Hojas de Apoyo Terapéutico	Sistema		
	2	Triage	Sistema			49	Nutrición	Sistema		
Registros Médicos	3	Remisión a Otra Institución	Manual		Egreso	50	Cambio de posición	Manual		
	4	Resumen de Egreso Médico u Obstétrico	Sistema			51	Kardex	Manual		
	5	Partograma	Manual			52	Recomendaciones de egreso	Sistema		
	6	Historia Clínica	Sistema			53	Entrega Ambulatoria de medicamentos	Manual		
	7	Evoluciones	Sistema		TRASLADO PACIENTE INTRAHOSPITALARIO					
	8	Ordenes Médicas	Sistema		Si dentro de la Historia de las Maternas esta la HC del neonato se anexara en la parte final con el siguiente orden:					
Paraclínicos	9	Exámenes de Laboratorio	Sistema		Neonatos Recien Nacido	54	Resumen de Egreso	Sistema		
	10	Resumen Resultado de Laboratorios	Manual			55	Historia Clínica (Hoja de Huellas)	Manual		
	11	Control Clínico de Transfusión	Manual			56	Evoluciones	Sistema		
	12	Consentimiento para Transfusión	Manual			57	Ordenes Médicas	Sistema		
	13	Seguimiento Sangre Extraída	Sistema			58	Examen de Laboratorios	Sistema		
	14	Gasimetrías	Sistema			59	Resumen de laboratorios	Sistema		
	15	Ecografías - Ecocardiograma	Sistema			60	Sangre extraída	Manual		
	16	Rayos X	Sistema			61	Hoja de enfermería recién nacido sano	Manual		
	17	Doppler	Sistema			62	Sábanas	Manual		
	18	Endoscopias, colonoscopias, etc.	Sistema			63	otras	Manual		
	19	Monitorias fetales	Manual			64	Evolución apoyo terapéutico	Manual		
20	Electrocardiogramas	Manual		65		Vacunas	Manual			
21	Patologías	Sistema		66		Recomendaciones recién nacido sano	Manual			
Registros Quirúrgicos	22	Sabana de Consulta Preanestésica	Manual			67	Programa de lactancia	Manual		
	23	Cuestionario de Antecedentes Prequirúrgicos	Manual			Si la Historia Clínica tiene anexo Remisiones o Hc de otros lugares como clínicas u otras clínicas, están se organizarán en la parte final después de todos los documentos que conforman la Historia Clínica, teniendo en cuenta el orden con el cual se organizan los documentos es esta guía.				
	24	Seguimiento de Analgesia para Manejo del Dolor	Manual							
	25	Control Analgesia Obstétrica	Manual							
	26	Consentimiento Informado Procedimiento Qx	Manual							
	27	Consentimiento Informado de Enfermería	Manual							
	28	Consentimiento Informado VIH	Manual							
	29	Consentimiento Informado Interrupción Embarazo	Manual							
	30	Descripción Quirúrgica	Sistema							
	31	Verificación y Registro de Procedimientos	Manual							
	32	Registro Quirúrgico de Instrumentación	Manual							
Registros de Enfermería	33	Hoja de Signos Vitales	Manual		Otros:					
	34	Control de Líquidos	Manual		Tipo de Documento					
	35	Control de Medicamentos	Manual		Folios					
	36	Constancia de Entrega de Medicamentos	Manual		Consentimiento para tratamiento de Quimioterapia					
	37	Glicemia	Manual		Consentimiento prescripción medicamento UNIRS					
	38	Neurología	Manual		Cobro de pedidos Quimioterapia					
	39	Hoja de Enfermería de Urgencias	Sistema		Inventario de habitación ingreso/Egreso					
	40	Notas de Enfermería - Hemodinamia	Sistema		Mipres					
	41	Hojas de enfermería y terapia UCI	Manual		Otros					
	42	Historia Clínica de Heridas y Ostronías	Manual		Lista de medicamentos					
	43	Evoluciones de HC de heridas y ostronías	Manual							
	44	Control de Cateter	Manual							
	45	Formato de Caida Código Azul	Manual							
	46	Escala de categorización riesgo de caída	Manual							
	47	Escala de categorización riesgo de lesión de piel	Manual							